TOM VII. | 1930 r. | ZESZYT 1.



# Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

**ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO**

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra J. Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, Doc. A. Dobrzańskiego, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, Doc. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra J. Pieniążka, D-ra Polańskiego, D ra A. Schwarzbarta, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, Doc. Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz Redakcji: Doc. T. WĄSOWSKI.

**Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74**

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

**CENA OGŁOSZEŃ: za całą stronę 60 zł., za pół 30 zł., za ćwierć 15 zł.**

Rękopisy nadeslane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.



TOW. WYD. „POGOŃ". DRUKARNIA „PAX". ŚW. IGNACEGO Nr 5

## TREŚĆ NUMERU.



## SOMMAIRE.

TOM VII. 1930 r. ZESZYT 1.

# Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

## ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra J. Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, Doc. A. Dobrzańskiego, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, Doc. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra J. Pieniążka, D-ra Polańskiego, D-ra A. Schwarzbarta, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, D-ra Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz Redakcji: D-r T. WĄSOWSKI.

**Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74.**

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „



TOW. WYD. „POGOŃ". DRUKARNIA „PAX". ŚW. IGNACEGO Nr 5

TOM VII. 1930 r. ZESZYT 1.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Izraelickiego w Krakowie.
(Ordynator Dr. *Adolf Schwarzbart*).

Dr. ADOLF SCHWARZBART.

# O zakresie i zasadach techniki inhalacyjnej.

Mało w którym kierunku wysiliła się pomysłowość na takie mnóstwo aparatów jak w dziedzinie inhalacji. Już stąd widać, że zagadnienie, którego rozwiązanie przypada w udziale tej metodzie jest wybitnie techniczne. Jaki jest cel i droga rozwojowa tego zagadnienia?

Odpowiedź na to pytanie zawierać będzie równocześnie taką definicję inhalacji, jaka jest najbardziej wskazaną dla racjonalnego i ścisłego ograniczenia zajmującego nas przedmiotu. Otóż zagadnienie to zmierzało stale i równolegle do osiągnięcia dwóch celów. Pierwszym z nich było przeprowadzenie substancyj leczniczych, będących w normalnych warunkach płynnemi lub stałemi, w stan do lotnego przybliżony, to jest taki, w jakim jedynie mają widoki wniknięcia wraz z powietrzem wdechowem w głąb dróg oddechowych. Drugim było wywiązywanie leczniczych substancyj lotnych *in statu nascendi* i w należytej koncentracji z ciał płynnych lub stałych w tym samym zamiarze, by substancje te, zmięszane z powietrzem wdechowem, mogły wniknąć do dróg oddechowych. Wyłączona tedy będzie z naszych rozważań o inhalacji wszelka aplikacja do dróg oddechowych gotowych leków i substancji lotnych czyli cała aeroterapja jak niemniej stosowanie z grubsza rozdrobnionych substancyj leczniczych lub znieczulających, stałych lub płynnych, do bezpośrednio dostępnych i biernie na działanie dróg oddechowych. Żadna bowiem z dwóch wymienionych dziedzin nie przedstawia problemu technicznego w wyżej wymienionem pojęciu, a druga z nich poza tem nie wymaga udziału czynnego dróg oddechowych. Wyłączenie to dotyczyć będzie

również narkozy inhalacyjnej mimo, że rozchodzi się tutaj o wdechiwanie substancyj lotnych wywiązywanych z płynów, albowiem substancje te nie są stosowane w celu leczniczym, lecz usypiającym.

Dla rozbudowy bardzo wielu metod leczniczych czerpała wiedza lekarska po wszystkie czasy impulsy z czynników leczniczych naturalnych i ze wzorowanego na nich lecznictwa ludowego. Również i dla inhalacji, której zakres określiliśmy powyżej, odnajdziemy pierwowzór w klimatoterapji i to z jednej strony we wdychaniu rozpylanych przez fale soli, zawartej w powietrzu wybrzeży morskich, a z drugiej we wdychaniu substancji lotnych, unoszących się w atmosferze łąk żywicznych i lasów szpilkowych. W tem pojęciu metody te przyrodolecznicze zasługują na nazwę inhalacyj naturalnych, to jest pozbawionych wszelkiego problemu technicznego.

W ten sposób wyczerpaliśmy określenie pojęcia inhalacji. Nie jest moim zamiarem opisywać liczne modele aparatów inhalacyjnych, lecz sprobuję odpowiedzieć na pytanie bardziej ciekawe dla lekarza, wedle jakich zasad aparaty te są konstruowane i w jakim związku zasady te pozostają z istotą rzeczy, to jest z zasięgiem inhalacji i z celem klinicznym czyli leczniczym. Brak orjentacji w tych kwestjach, mimo że problem inhalacji jest dość stary, powoduje w dziedzinie tej pewien zamęt, dyletantyzm i fałszywe ustosunkowanie się do problemu. *W. Pfeiffer*, znawca spraw inhalacyjnych, pisze pod datą najświeższą: „Jak starą jest inhalacyjna metoda, tak niejasne pojęcia panują w ogólności o celowem i właściwem zastowaniu tej metody przy najróżnorodniejszych schorzeniach narządów oddechowych, jakoteż o skuteczności racjonalnego lecznictwa inhalacyjnego. Z jednej strony przeceniono jej korzyści aż do przesady, z drugiej zdyskredytowano je przez niefachowe stosowanie, przesądy i zbyt wielkie wymagania.

Problem inhalacji rozpada się na dwie części: techniczną i kliniczną. Zajmiemy się tylko techniczną: Jak już zaznaczyłem przy rozwiązaniu problemu technicznego inhalacji rozchodzi się po pierwsze o to, by płyny zostały jaknajbardziej upodobnione do gazu, wnikającego z łatwością do dróg oddechowych, czyli by uzyskać możliwie największą „lotność obłoczka inhalacyjnego". Powtóre rozchodzi się tutaj o optymalne warunki jednostajności, gęstości, temperatury i wilgoci tego obłoczka. Ostatnio wyliczone właściwości pozostają w związku z jednej strony z tolerancją dróg oddechowych na inhalację, z drugiej z farmakodynamicznem działaniem inhalacji czy to miejscowem, czy też ogólnem. Odnośnie do strony klinicznej musi-

my mianowicie te dwa działania od siebie odróżnić, przyczem trzeba sobie uświadomić, że zarówno pierwsze jak i drugie, to jest resorpcyjne nie występują zazwyczaj w formie czystej, lecz że chodzi tu praktycznie o stronę działania przeważającą. Jeśli np. stosujemy rtęć w kile lub złoto w gruźlicy w formie inhalacyjnej, to oczywiście miejscowe działanie schodzi na plan drugi, a gdy stosujemy ciepłe rozczyny alkalicznosłone w nieżycie oskrzeli, schodzi na plan drugi wobec osmotycznego działania kojącego lub wykszturśnego wpływ resorpcyjny alkaliów lub soli na ustrój. W niektórych znów przypadkach oba czynniki muszą być brane pod uwagę. Tak się ma rzecz np. przy inhalacji środków znieczulających, jak kokaina lub anemizujących, jak przetwory nadnerczowe.

Główny impuls techniki inhalacyjnej pochodzi, jak już wspomniano, z dążenia do dotarcia leczniczego w głąb dróg oddechowych, skądinąd niedostępnych. *Fournier* jeszcze w 60 tych latach ubiegłego stulecia wykazywał w Akademji medycznej w Paryżu, że rozpylone płyny nie docierają nawet do tchawicy, a nawet, co dziwna, wątpliwości w tym kierunku nie przycichały do końca stulecia. Przyczyna wątpliwości tkwiła w licznych krzywiznach dróg oddechowych i w przeszkodach mechanicznych, jak podniebienie miękkie, nagłośnia i t. d. Stanowisko to jednak nie dało się utrzymać i niesłuszność jego została z czasem ściśle udowodniona najróżniejszemi metodami nie wykluczając wykazania zabarwionych płynów inhalacyjnych w przetokach tracheotomijnych doświadczalnych zwierząt. Następnie szereg badaczy francuskich jak *Demarquey*, *Sales-Giron*, niemieckich jak *Lewin*, *Schnitzer*, a zwłaszcza *Heubner* i *Waldenburg* a u nas *Heryng* — ustaliło, że w pewnych warunkach obłoczki inhalacyjne mogą docierać nie tylko do tchawicy, ale nawet do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków płucnych. Zwłaszcza w pęcherzykach jednakże przez długi czas obecności płynów wdychanych nie udawało się wykazać. Z czasem okazało się, że przyczyną była niesłychanie szybka resorpcja tych płynów w głąb miąższu płucnego i do ogólnego obiegu. Resorpcja ta okazała się znacznie szybszą niż nawet w przewodzie pokarmowym, tak, że u zwierząt zabitych i badanych niemal bezpośrednio po przeprowadzonej inhalacji już były opuściły światło pęcherzyków. Nieoczekiwane te wyniki dały podstawę do skierowania nauki o inhalacji na nowe tory, dając początek znajdującemu się dziś w początkach rozwoju działowi lecznictwa ogólnego drogą inhalacji i zniewalając do studjum sprawy dawkowania środków inhalacyjnych, również dopiero zapoczątkowanego. Teraz

parę słów o istocie czynników, mających wpływ na zasięg obłoczka inhalacyjnego, to jest o warunkach dotarcia obłoczka w głąb dróg oddechowych. W tym celu trzeba się zaznajomić z mikroskopijną strukturą obłoczka. Składa się on na ogół z licznych małych kropelek. Liczne badania ustaliły, że dla spełnienia wspomnianych wymogów kropelki te nie mogą przekraczać pewnego ciężaru i rozmiaru. Ciężar mianowicie nie powinien przekraczać $^1/_{20}$-stej miligrama, przyczem istnieje pewne optimum, nie leżące przy najniższym ciężarze, albowiem krople zbyt lekkie porywa łatwo wsteczny prąd powietrza wydechowego, zanim dotrą do śluzówki. Zbytnia lekkość kropelek staje się tedy przyczyną niewykorzystania dużej części obłoczka w celu leczniczym, uwarunkowanym kontaktem ze sluzówką. Średnica kropelki nie powina przekraczać dwudziestu - tysięcznych milimetra. Tutaj warto przypomnieć, że światło średnicy najmniejszych nawet oskrzelików zawsze jeszcze ma koło trzynastu - tysięcznych milimetra czyli piętnastokrotność wymaganej średnicy kropelki. Stosunek ten jest ważny, bo oczywiście wskutek tarcia ruch przyściennych kropelek jest zwolniony, a okoliczność ta przy zbyt wielkiej średnicy kropelek wpływa na zwolnienie i zmniejszenie zasięgu całego prądu inhalacyjnego zależnego głównie od prędkości osiowej części obłoczka.

W świetle tych uwag uwidacznia się również wyraźnie znaczenie wszystkich czynników klinicznych, zmieniających właściwości *fizykalne* dróg oddechowych, szczególnie węższego kalibru. Mam tu na myśli grubość ścian, względnie śluzówki i podśluzówki, gładkość śluzówki i powietrzność światła. Jest jasnem i zrozumialem, że n. p. w stanach zapalnych, połączonych z obrzmieniem śluzówki, szorstkością takowej lub z zaleganiem wydzieliny w świetle oskrzeli warunki dalekiego zasięgu obłoczka inhalacyjnego są znacznie niekorzystniejsze. Jeśli mówimy o średnicy i ciężarze kropelek obłoczka to przyjmujemy z góry, lecz dowolnie, że skład kropelkowy obłoczka jest jednorodny. Jak później zobaczymy mechanizm inhalacyjny dokonuje istotnie daleko idącej selekcji delikatnych kropelek. Niemniej jednak jednostajność mgiełki inhalacyjnej nie jest nigdy doskonałą. Im jest ona doskonalszą tem bardziej odpowiada wymogom w kierunku zasięgu. Jednostajność ta ma jeszcze i w innym kierunku znaczenie, do niej bowiem proporcjonalną jest indyferentność obłoczka inhalacyjnego w sensie czynnika mechanicznego, zapobiegającego niepożądanym odruchom kaszlu i t. p. Jeśli mowa o tolerancji dróg oddechowych na inhalację to należy w tym związku wspomnieć także o wpływie temperatury obłoczka, która zależnie

od klinicznych momentów danego leczenia dróg oddechowych musi być w każdej inhalacji odpowiednio, a po części także ściśle indywidualnie dobrana. Poza delikatnością i jednostajnością obłoczka inhalacyjnego ważną jest jego gęstość czyli nasycenie, a to z następującej przyczyny. W długiej swej drodze nasycenie obłoczka coraz bardziej się zmniejsza przez kondensację, czyli skroplenie a właściwie zlanie się ponowne delikatnych kropelek w grubsze, które skutkiem swego ciężaru osiadają, szczególnie w pewnych predylekcyjnych miejscach dróg oddechowych. O ile równomierne docieranie delikatnych kropelek do całej powierzchni śluzówki leży w ramach prawidłowego działania inhalacji, to zbijanie się w miejscach specjalnych jest objawem niekorzystnym i niepożądaną stratą. Drugiem źródłem takiej straty w nasyceniu jest ruch wsteczny powietrza przy wydechu, trzecim resorpcja, otóż im rzadszy jest obłoczek inhalacyjny, tem mniejsze są wobec tych nieuniknionych strat widoki jego dotarcia do głębszych części traktu oddechowego. Mniejszą gęstość obłoczka inhalacyjnego można do pewnego stopnia skompensować przez dłuższe trwanie inhalacji i głębsze wdechy inhalującego.

Z kolei należy omówić zagadnienie samego mechanizmu inhalacji, uwzględniając stronę techniczną, sprawę samej aparatury i ważną stronę fizykalnych właściwości substancji inhalacyjnej. W tym ostatnim punkcie należy odróżnić właściwości in vitro jako też w zetknięciu ze śluzówką dróg oddechowych, przyczem schodzimy już poniekąd na tory fizjologji i efektu terapeutycznego.

W mechanizmie inhalacji należy rozróżnić trzy czynniki a mianowicie: 1) grubą siłę popędową, 2) przemianę prądu płynu obdarzonego energją kinetyczną w subtelny obłoczek inhalacyjny, odpowiadający wymogom i 3) mechanizm aspiracyjny płuc i klatki piersiowej. Trzy te czynniki stanowią nierozdzielną całość i integralną składową każdej inhalacji, jakkolwiek wpływ i znaczenie poszczególnych tych czynników będą różne zależnie od wymaganego ze względu na wskazanie lecznicze rodzaju i zasięgu inhalacji.

Wobec bliższych odcinków jak jama nosowa, nosogardłowa i gardło, może spełnić swe zadanie także przyrząd inhalacyjny mniej doskonale rozdrabniający, pierwotny prąd inhalacyjny może być słabszy a znaczenie narządu oddechowego w sensie wyżej opisywanym jest dosyć drugorzędne. Nie chcąc jednak wywoływać fałszywego wyobrażenia o wymogach aparatów inhalacyjnych stosowanych dla tych bliskich odcinków, trzeba zauważyć, że i dla tych wskazań subtelność i nasycenie obłoczka inhalacyjnego są czynnikami

bardzo korzystnemi i wzmagającemi przydatność aparatów. Czynniki te, jak to już wspomniano, pozostają w związku nie tylko z zasięgiem, lecz także 1) z tolerancją dla inhalacji czyli usunięciem niepożądanych odruchów jak n. p. kaszel i chrząkanie, 2) z intensywnością wpływu leczniczego przy możliwie małem podrażnieniu mechanicznem. Poza tem nie należy zapominać, że w lecznictwie jamy nosowej rozchodzi się także bardzo często o wnikanie obłoczka inhalacyjnego do jam bocznych z dostępem właśnie z powodu zmian nieżytowych i zapalnych, będących przedmiotem leczenia, silnie zwężonym i utrudnionym.

Szczególnie silnie uwypukla się związek wspomnianych trzech czynników i ich wzajemna współzależność w aeroterapji, a zwłaszcza w jednym z jej działów, to jest pneumatoterapji, w której momenty mechaniczne wysuwają się na plan pierwszy. Im słabiej działa mechanizm aspiracyjny klatki piersiowej, tem silniejsze ciśnienie powietrza względnie tlenu lub innych gazów jest potrzebne dla wniknięcia lotnego czynnika leczniczego do oskrzeli, a zwłaszcza do pęcherzyków płucnych. To działanie wysokiego ciśnienia jest tedy rodzajem biernej gimnastyki klatki piersiowej. Przy stosowaniu rozrzedzonego powietrza n. p. przy rozedmie płuc pobudzamy klatkę piersiową do wzmożonej akcji wdechowej. Jest to więc rodzaj gimnastyki czynnej mechanizmu oddechowego. Znajdujemy się w tym miejscu naszych rozważań w punkcie stycznym inhalacji i aeroterapji, które nie tylko pod względem pokrewieństwa czynników, działających w mechanizmie metod, ale także w całej technice i w praktyce inhalatoryjnej w większym stylu są ze sobą silnie zespolone. Stąd uzasadnienie tej wzmianki.

Przyjrzyjmy się teraz nieco bliżej pierwszemu z trzech omawianych czynników, to jest sile popędowej. W dziedzinie tej możemy obserwować jak najbogatszą skalę od środków najprymitywniejszych do najbardziej skomplikowanych i od bardzo małych do zakrojonych bardzo szeroko. Odpowiednio do tego widzimy na jednym krańcu tej skali kieszonkowe małe aparaty inhalacyjne, wprawiane w ruch najdrobniejszym wysiłkiem ręki, a z drugiej potężne elektryczne dynamo maszyny z kompresorami obliczonymi na równoczesne leczenie inhalacyjne setek osób. W popularnym aparacie Siegla, naśladowanym w dziesiątkach modeli, których pierwowzór pochodzi jeszcze z lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia źródłem energji jest prężność pary wrzącej wody, której przypada równocześnie zadanie ogrzewania płynu inhalacyjnego i grubego rozpylenia. Balonik pojedynczy

i podwójny, pompka ręczna, pompa wodna są dalszemi najczęstszemi zastosowaniami grubej siły popędowej. Metalowa butla ze zgęszczonym tlenem, mająca tak częste i ważne zastosowanie w pneumatoterapji stanowi ważny postęp w odniesieniu do aparatów inhalacyjnych. Podczas gdy jednak w pneumatoterapji rozchodzi się już to o fizjologiczne działanie czystego tlenu, już też o gimnastykę oddechową, to w inhalacjach przyrząd ten spełnia wyłącznie rolę siły popędowej. Butla tlenowa ma szereg ważnych walorów: jest źródłem dość obfitem, może być przy pomocy regulacji manometrycznej to jest tak zwanego „wentyla redukcyjnego“, przystosowaną zarówno do małej jak do dużej konsumpcji, tlen mięszający się z lekiem inhalacyjnym odznacza się czystością i jałowością. Wreszcie butla tlenowa choć dość ciężka, jest przecież stosunkowo łatwo przenośną. Ujemną stroną butli jest, że może być napełnianą tylko w nielicznych zakładach, urządzonych w tym kierunku, że koszt tej siły popędowej jest stosunkowo dość znaczny. Wreszcie przechodzimy do tej siły motorycznej, która dziś dominuje wszędzie w technice t. j. do siły elektrycznej. Siła ta nadaje się zarówno do obsługi małych aparatów w prywatnym użytku mniejszych zakładów, jak kliniki i szpitale jak do wielkich zakładów specjalnych, tak zwanych wziewalń czyli inhalatorjów. Również w pokoju ordynacyjnym lekarza, zwłaszcza specjalisty, ta siła popędowa jest w najrozmaitszych formach i rozmiarach dla celów inhalacji bardzo godną polecenia. Jakiekolwiekbądź źródło siły popędowej weźmiemy pod uwagę, to wydatność jej dla efektu inhalacyjnego jest, jak wykazało ścisłe doświadczenie, aż do pewnych granic, t. j. mniej więcej do ciśnienia 1 i $^{1}/_{2}$ atmosfer zależną od wielkości tej siły. Wynika z tego, że bardzo wysokie ciśnienia są dla zastosowania inhalacyjnego zbyteczne, że natomiast ciśnienia poniżej 1 i $^{1}/_{2}$ atmosfery są naogół tem bardziej niewystarczające, im są niższe. W świetle tych uwag staje się zrozumiałą mała przydatność całego szeregu ręcznych i podręcznych aparatów inhalacyjnych, rozporządzających ciśnieniem znacznie mniejszem od 1 i $^{1}/_{2}$ atmosfery, a czasami wręcz bardzo minimalnem.

Przechodzimy teraz do omówienia drugiego ważnego czynnika, t. j. do przemiany energji popędowej w odpowiadający wymogom obłoczek inhalacyjny. Podczas gdy gruba siła popędowa ma charakter kierunkowy o znacznej szybkości, to następstwem tej przemiany jest uzyskanie pewnego rodzaju zawiesiny niezmiernie drobnych kropelek inhalacyjnych, posiadającej małą lub nie posiadającej żadnej własnej kierunkowej prędkości. Ten ostatni stan rzeczy uwy-

datnia się szczególnie w tak zwanej inhalacji przestrzennej. Powstaje na ograniczonym promieniu coś w rodzaju specjalnie spreparowanej atmosfery, wnikającej z łatwością w głąb dróg oddechowych. Możnaby poniekąd powiedzieć, że stwarzamy na określonej przestrzeni warunki sztucznej klimatoterapji. Jeszcze silniej uwydatnia się ta analogja, jeśli przywołamy na pamięć inhalacje tężniowe na wolnem powietrzu.

Zajmującem byłoby zanalizować, jak w rozlicznych aparatach inhalacyjnych urzeczywistnioną jest omawiana przemiana, co jednakowoż przekraczałoby ramy niniejszego referatu. Ograniczymy się 1) do omówienia w kilku słowach praw, od których zależną jest doskonałość rozpylenia i 2) do przedstawienia kilku zasadniczych odmian technicznej realizacji tego rozpylenia. Odnośnie do *punktu pierwszego* ważne są poza momentami, omówionemi w rozważaniach nad zasięgiem właściwości fizykalnych rozpylanego płynu i właściwości atmosfery, przy której odbywa się rozpylenie. W pierwszym względzie najważniejsze znaczenie ma rozczynnik. Najłatwiej rozpylają się ze znanych rozczynników płynna parafina, nieco gorzej woda i gliceryna. Również alkohol jest, zwłaszcza jako dodatek, dopuszczalny, a niekiedy konieczny jako rozczynnik. Przydatność rozczynnika do inhalacji jest poniekąd także zależną od rozporządzalnego ciśnienia siły popędowej i od rodzaju aparatu. Dziedzina ta, której dość mało uwagi poświęca nasz przemysł farmakologiczny, a z której drogą patentowych preparatów czerpie wielkie zyski przemysł zagraniczny, winna wypośrodkować drogą systematycznych doświadczeń najodpowiedniejsze do inhalacji rozczyny, przy uwzględnieniu rozpuszczalności soli i substancji lotnych jako też własności dyspersyjnych rozczynnika. W drugim względzie okazało się, że kropelki rozpylone w bliskości aparatu są grubsze a w peryferji mniejsze, w czem odgrywa rolę decydującą proces parowania. Parowanie to zależy mianowicie od stopnia wilgotności otaczającej atmosfery, ten zaś od stopnia wentylacji. Wynika stąd ważność urządzeń wentylacyjnych dla jednostajności i delikatności rozpyleń. Okoliczność ta nabiera większej wagi szczególnie przy większych instalacjach inhalacyjnych.

Odnośnie do *punktu drugiego* można rozróżnić trzy zasady techniki rozpylenia, które wedle autorów klasycznych w tym względzie aparatów określimy jako zasady Sales-Girons (1848), Mathieu (1850) i Bergsona (1883). Wszystkim wspólne jest korzystanie z twardych, gładkich, elastycznych powierzchni szklannych lub meta-

lowych jak n. p. płyt, cylindrów lub pryzmatów, od których wielokrotnie odbija się silny prąd płynu w niektórych razach już z grubsza rozpylonego. Ten proces wielokrotnego odbicia powoduje utratę części energji kinetycznej, coraz silniejsze rozbicie kropli inhalacyjnych, przyczem grubsze krople opadają lub powracają do zbiornika, zaś delikatniejsze utrzymują się w zawieszeniu.

W najczystszej formie ujawnia się ta zasada w typie pierwszym (Sales-Girons). Wedle typu tego są skonstruowane aparaty Waldenburga, Lewina, aparat przestrzenny Wasmuta i inne. W aparatach typu drugiego siła popędowa ma dwa punkty zaczepienia. Zgęszczone powietrze ciśnie z jednej strony na powierzchnię płynu, wypychając go ku małemu otworkowi zamkniętego naczynia, a z drugiej zderza się w rzeczonym otworze z prądem płynu, rozbijając go na pył inhalacyjny. Dalsze przeszkody dokonują selekcji kropelek w sensie wyżej omówionym. Wedle tej zasady zbudowane są „Guttafer" Bullinga, ampułka (Glasampel) Reifa, aparaty Spiessa firmy: Draegerwerke, aparaty Haenleina firmy Inhabad, wreszcie aparat Wirtha i inne. Trzecia zasada Bergsona jest już wyrażona w przyrządzie znacznie wcześniejszym Siegla, dziś w rozmaitych modyfikacjach dość silnie rozpowszechnionym. Powietrze lub para popędowa przepływają ostrym prądem nad wylotem rurki włosowatej, zanurzonej w otwartem naczyniu z płynem inhalacyjnym. Prąd ten aspiruje płyn, a równocześnie mięsza się z nim, porywa i rozpyla go. Według tej zasady skonstruowane są może najliczniejsze aparaty. I tutaj dodatkowe przeszkody muszą przeprowadzić dalszy ciąg rozpylenia, o ile takowe ma być wystarczające. Do tej grupy należą: aparat Goebla, aparat francuski Tancré, Tucker, Stäubli, Glaseptic Parke-Davis, aparat Spiessa do polskiego preparatu Algorhiny, aparat Clara, typ wiesbadeński, aparaty Jahra, Rutkowskiego, Oertla, aparat indywidualny Wasmuta (Idealdampfzersteuber) aparaty przestrzenne firmy Draegerwerke (Saülenraumvernebler) i firmy Inhabad jako też aparat ustnikowy tejże firmy (Druckluftsolezerstaüber), wreszcie „Thermoregulator" Herynga. Firma Inhabad dla aparatów przestrzennych stosuje dodatkowo zasadę rotacji rurek czyli dysz inhalacyjnych, co zwiększa ekonomję energji popędowej, jako też szybkość i równomierność rozprzestrzenienia się obłoków inhalacyjnych.

Dotychczasowe rozważania dotyczyły przeważnie inhalacji rozpuszczonych w płynach jonów solnych. Zanim przejdę do omówienia wziewań substancyj lotnych, wypada wspomnieć o dwóch odmianach inhalacji, stanowiących skrajne odchylenia od obu tych typów. Pierw-

szą jest zasada Schnitzlerowska. Nie rozchodzi się tutaj o daleki zasiąg do trudno dostępnych okolic dróg oddechowych, lecz o silne działanie grubo rozpylonych płynów na najbliższe drogi oddechowe, jak jama nosowa, nosowogardłowa i gardło. Metoda ta, której głównem wskazaniem są suche i strupiaste formy przewlekłych nieżytów jako też ozaena, nie jest ściśle biorąc inhalacją w naszem pojęciu, lecz rodzajem tuszu względnie irrygacji. Ścisły związek techniczny tej metody z inhalacjami usprawiedliwia jej wzmiankę w tem miejscu. W drugiej odmianie dość nowej daty, bardzo oryginalnej i mającej w bronchitach bardzo korzystne zastosowanie, odmianie, który niemcy nazywają „Rauchsalzinhalation“ ulatnia się krystaliczna sól kuchenna na sucho w aparacie Reissmanna i Wentzla w bardzo wysokiej temperaturze (800 stopni), umieszczona na tygielku w ogniotrwałym szamotowym cylindrze. Wskutek ochłodzenia się w kontakcie z powietrzem drobiny soli sublimują i wypełniają przestrzeń niezmiernie delikatnym i lotnym dymem wnikającym z powietrzem głęboko w drogi oddechowe.

Z kolei przechodzimy do wziewań substancji lotnych. Jak wspomniałem już wyżej, aeroterapia i narkoza inhalacyjna są z tych rozważań wyłączone. Jednak i poza tem istnieją tu pewne grupy, które podpadają pod definicję inhalacji tylko z pewnem zastrzeżeniem, albowiem brak im istotnego udziału wytwarzanej przez nas mechanicznej siły popędowej jako też całego mechanizmu rozdrabniania w obłoczek. W jednej z tych grup siły te zastąpione są reakcją chemiczną spalania substancji stałych. Grupa ta nie znalazłaby tutaj wzmianki, gdyby nie to, że w rozwoju swoim dała początek aparatom jak n. p. aparat Hartmanna (salmiator) i Urbanschitscha (salmiakinhalator), które powszechna praktyka określa mianem inhalatorów. Prototypem tej grupy są kadzidła, stosowane od wieków w lecznictwie ludowem. Suche zioła, kwiaty, ekstrakty roślinne i żywice zastąpione są w nowszych formach leczenia przetworami sztucznemi impregnującemi n. p. papier (Charta nitrata) lub specjalnie preparowane papierosy. Najczęstszymi składnikami są sole azotu i stramonium a najczęstszem wskazaniem dusznica.

W drugiej grupie rozchodzi się o spontaniczne ulatnianie się substancji w zwykłej temperaturze i w atmosferze normalnej lub rozrzedzonej. W ostatnim tym przypadku rozrzedzenie uskuteczniamy ssaniem ust, po którym następuje wdech, porywający substancję w głąb dróg oddechowych. Najprostsze formy zastosowania, to rozlewanie płynu przeciw-astmatycznego lub przeciw-kaszlowego na bi-

bułce lub chusteczce. Nadto przemysł dostarcza odpowiednich rurek z napojoną watą (Feldbausch-röhrchen), masek, respiratorów, flaszeczek i fajeczek (maska Curschmanna, różne aparaty oparte na zasadzie flaszki Wulfa, flaszeczka Siezona, fajeczka Olberga, typ Pipa lub Baldwin) i t. d.

Przechodzimy do *grupy trzeciej* inhalacji substancyj lotnych, rozpuszczonych w płynach, którą możemy już bez zastrzeżeń zaliczyć do inhalacji w ścisłem pojęciu tego słowa. Różnica techniki rozpylania w stosunku do opisanych już aparatów, mających główne zastosowanie w inhalacji solanek polega w tej grupie jedynie na jeszcze subtelniejszem rozpyleniu przy znacznie mniejszem ilościowem użyciu rozczynnika. Już cały szereg aparatów, podanych poprzednio przy omawianiu mechanizmu rozpylania, służy zarówno inhalacji substancji lotnych jako też rozpuszczonych jonów solnych. Wymogi wszakże techniczne wobec aparatów tej grupy są ze względu na subtelność rozpylenia i szczególne warunki kohezji i lepkości stosowanych tu rozczynników płynnych całkiem specjalne. Wymienimy tutaj z ręcznych aparatów jeszcze typy Saengera i Rozenfelda. Do większych instalacyj wytwarzają firmy Draegerwerke i Inhabad specjalne aparaty (Medikamentendoppelvernebler). Aparaty te korzystają z urządzeń umożliwiających ogrzewanie wywiązywanych obłoczków, które przyczynia się do większej lotności olejków.

Z przytoczonych na początku trzech czynników inhalacji, trzecim jest mechanizm płuc i klatki piersiowej. Trzymając się zakresu naszego referatu, pozostawimy na uboczu dokładniejsze omówienie tego czynnika, zajmującego bardziej z jednej strony z punktu widzenia aeroterapji, z drugiej z punktu widzenia fizjopatologji i kliniki. To samo dotyczy omówienia leczniczego działania obłoczka inhalacyjnego na śluzówkę dróg oddechowych. Działanie to obejmuje zarówno chemizm jak i własności fizykalne stosowanych leków, jako to temperatura, wilgoć, ciśnienie osmotyczne i t. d. Pod względem objawowym będziemy mieli do czynienia najczęściej z działaniem uśmierzającem, znieczulającem, przeciwwydzielniczem, wykrztuśnem odkażającem, odwaniającem i t. d. — o ile rozchodzi się o zadziałanie głównie miejscowe. Dalej wymienić tutaj należy dziedzinę terapji objawowej przeciwastmatycznej a na końcu zakres leczenia resorpcyjnego, w którego początkach dopiero się znajdujemy: (gruźlica, kiła, cukrzyca). Ze sprawą leczenia i wogóle działania resorpcyjnego wszelkich leków, wprowadzonych do dróg oddechowych a zwłaszcza do pęcherzyków płucnych ze względu na zdumiewającą

siłę i szybkość tej resorpcji łączy się niezmiernie ważne zagadnienie dawkowania i toksykologji.

Zdaję sobie sprawę, że referat mój nawet w wytyczonym zakresie dalekim jest od wszechstronnego wyczerpania przedmiotu. Celem jego jest jedynie poruszenie i zaktualizowanie problemu, pobudzenie myśli i wywołania dyskusji.

---

Z kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

# O przemieszczających się wyroślach kostnych i atypowych złogach wapiennych w obrębie jamy ustnej i gardła.

Podał: Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

Wyrośla kostne większych rozmiarów w obrębie wyżej wymienionych narządów, należą do odmian anatomicznych stosunkowo rzadko spotykanych przy badaniu. Jeżeli chodzi o podniebienie twarde, to w przeważnej licbie przypadków zdarzają się one w przedniej jego części, w miejscu połączenia się *os incisivum* z płytką podniebienną. Przylegająca w tych miejscach ściśle do okostnej śluzówka tworzy brodaweczkowate zgrubienia, które potęgują jeszcze bardziej ową wyniosłość na kości. Natomiast zgrubienia wałowate podłużne w linji środkowej podniebienia twardego, tak zw. *torus palatinus*, spotyka się stosunkowo częściej, przyczem zaznaczyć należy, iż pierwotnie uważano je za twór patologiczny. Badania antropologiczne *Kupfera, Weinberga i Waldeyera* dowiodły, iż są one do pewnego stopnia anomalją rasową, gdyż zdarzają się częściej u mieszkańców krajów podbiegunowych i finlandczyków. Dopiero *O. Körner, R. Martens i Trautmann* wykazali, że chodzi tu raczej o zaburzenie wzrostu pozapłodowego kości podniebienia twardego w następstwie zbyt wczesnego skostnienia szwu podniebiennego, anomalji spotykanej częściej u kobiet niż u mężczyzn. W tylnej zaś części podniebienia twardego, tuż przy *tuber alveolare*, spotykamy niekiedy znacznie wydłużony do tyłu haczyk wyrostka skrzydlatego (*hamulus pteryg.)*, sterczący ku tyłowi oraz ku dołowi w obrębie samego już podniebienia miękkiego. Haczyk ten powoduje mniej lub więcej wyraźnie zarysowującą się wyniosłość w przednio bocznej połowie podniebienia miękkiego. Błona śluzowa podniebienia miękkiego jest w tych miejscach szczególniej narażona na urazy mechaniczne od zewnątrz,

w następstwie których przyjść może łatwo zwłaszcza z osesków do powierzchownych owrzodzeń tak zw. *„aphtae Bednari"*.

Z drugiej znów strony badania fonetyczne wykazały, że mięśnie podniebienia miękkiego, a w szczególności *tensor v. palat. i palatopharyngeus*, bywają w tych wypadkach słabsze, a temsamem daje się zauważyć pewna niezborność ruchów podniebienia miękkiego podczas wymawiania spółgłosek gardłowych. Objaw ten jest niewątpliwie następstwem pewnego przeciągnięcia mięśni podniebienia miękkiego przez ów haczyk wyrostka skrzydlatego. *Precechtel* podał sposób operacyjnego odsunięcia wyrostków skrzydlatych na przestrzeni $1^1/_2$ cm. ku tyłowi (*retropositio proc. pteryg.*), po uprzedniem ich nadłamaniu, wraz z całem podniebieniem i okostną, jako metodę kompensującą ową niezborność podniebienia miękkiego. Jedną z częstszych wyrośli kostnych w okolicy cieśni połykowej i bocznej ściany gardła jest zbyt długi wyrostek rylcowaty (*proc. styloid.*), którego koniec może niekiedy leżeć tuż pod błoną śluzową łuku podniebienno językowego, tworząc mniej lub więcej wyraźne guziczkowate zgrubienia. Te ostatnie spotyka się częściej w obrębie *sin. tonsill.* tuż pod torebką migdałka.

Na tę nieprawidłowość zwrócił pierwszy uwagę *Moore de Marchettis* (a Padova 1652). Później w erze rozkwitu tonsillectomji opisał *Dvight* 19 przypadków (w tem 10 obustronnych) zbyt długiego wyrostka rylcowatego, który był przyczyną dolegliwości ze strony gardła. Dopiero dokładne badania *v. Eickena*, przeprowadzone na większym materjale, wyświetliły cały szereg nieznanych dotąd szczegółów, dotyczących kazuistyki objawów klinicznych, a zwłaszcza powstawania tej anomalji rozwojowej wyrostka rylcowatego. Z badań tych wynika, że cały ten wydłużony twór kostny wraz z więzadłem pochodzi z 2-go łuku skrzelowego, sam zaś wyrostek rylcowaty jest pozostałością tak zwanej chrząstki *Reicherta*, która uległa skostnieniu. Łącznikiem pomiędzy tą proxymalną a distalną częścią drugiego łuku skrzelowego, to jest wyrostkiem rylcowatym i kością gnykową jest więzadło *lig. stylohyoid.* W obrębie tegoż więzadła spotyka się dość często pojedyncze ogniska kostne różnej wielkości i kształtu, które mogą się z czasem zrastać ze sobą i wyrostkiem rylcowatym, zależnie od kierunku działania siły napinającej więzadło od przodu ku tyłowi i ku górze. Zrost ten bywa często niezupełny, a wówczas kości te mogą się względem siebie przesuwać jako stawy podczas każdego aktu połykowego, dając niekiedy trzeszczące szmery w oko-

licy krtani, które chory subjektywnie nieprzyjemnie odczuwa. (*Dwight*, *Jouffroy*, *H. Bell*).

Ta okoliczność tłumaczy nam poniekąd spostrzeżenie, iż dolegliwości ze strony gardła pod postacią ucisku lub kłucia, spowodowane zbyt długim wyrostkiem rylcowatym zjawiają się dopiero z czasem, zwykle u osobników starszych i to niekiedy nagle, w miarę zrośnięcia się pojedyńczych ognisk kostnych we wiązadle z wyrostkiem rylcowatym. Dolegliwości pod postacią bolesnego zawadzania w dolnej części gardła lub nawet pewnej przeszkody w połykaniu, są spowodowane uciskiem końca tegoż wyrostka na okolicę migdałka, lub przedniego łuku podniebiennego. *Specht* opisał w r. 1927-m przypadek nadmiernie (ca. 7.5 c.) długiego wyrostka rylcowatego u kobiety lat 39, która uskarżała się od kilku miesięcy po grypie na ucisk w gardle po stronie lewej, wzmagający się znacznie przy połykaniu jako też po każdem kaszlnięciu. Laryngoskopja wykazała sterczący pod błonią śluzową prawej *valleculi* koniec tegoż wyrostka, który z każdorazowym, nieznacznym nawet, skurczem mięśni bocznej ściany gardła, znikał w częściach miękkich gardła dolnego, to znów wysuwał się na większej lub mniejszej przestrzeni w kierunku do prawej *valleculi*. Zdjęcie roentgena wykazało pojedyncze ogniska kostne wzdłuż więzadła gnykowo-rylcowatego, z których górne dłuższe łączyło się jakgdyby stawem z dolnym końcem wyrostka rylcowatego. Badanie drobnowidowe wyciętego operacyjnie (od zewnątrz) kawałka wykazało, że ma się do czynienia z przemianą kostną tej części więzadła gnykowo-rylcowatego w kość gąbczastą, dość silnie unaczynioną. Ponieważ miejscami można było stwierdzić niewielkie ogniska martwicze, dookoła których toczył się żywo proces przemiany kostnej, przeto autor upatruje w infekcji pogrypowej przyczynę tej metaplazji wspomnianego więzadła w tkankę kostną. Z tem zapatrywaniem zgadzałyby się zapodania chorej, iż powyższe dolegliwości ze strony gardła wystąpiły nagle po przebyciu ciężkiej grypy.

W tłumaczeniu przyczyn zawadzania i bólów w gardle na tem tle zwraca *v. Eicken* uwagę na stosunek topograficzny nerwu językowo-gardłowego do wyrostka rylcowatego względnie do *m. stylohyoideus*, w tem znaczeniu, iż wyżej wspomniany nerw wchodzi tuż przy wyjściu z *for. jugul.* w ścisły związek z wyrostkiem rylcowatym i jego mięśniami. Jeżeli z drugiej strony uprzytomnimy sobie ten szczegół, że gałązki nerwu językowo-gardłowego zaopatrują okolicę migdałka i częściowo także biorą udział w unerwieniu błony

śluzowej ucha środkowego i trąbki *Eustachiusza*, to zrozumiałym staje się fakt, że bóle w gardle, o których wyżej była mowa, mogą często promieniować do ucha po danej stronie.

*Blumenfeld i Heinz* zwrócili uwagę na tę okoliczność, że w przypadkach dolegliwości w gardle, wywołanych zbyt długim wyrostkiem rylcowatym, chodzić może również o mniejszy kąt nachylenia tegoż wyrostka ku przodowi w stosunku do podstawy czaszki. Wówczas nawet niezbyt wydłużony wyrostek rylcowaty może końcem swym sięgać daleko ku przodowi w okolicę torebki migdałka podniebiennego. Z drugiej znów strony w przypadkach, w których wyrostek ten odchodzi pod kątem prostym od podstawy czaszki, odległość jego końca od zatoki migdałka jest tak wielka, iż jako przyczyna dolegliwości w gardle może wogóle w grę nie wchodzić. Spotykane tak często w okolicy łożyska migdałka wysepki utkania chrzęstnego czy kostnego są zdaniem *Heinza*, *Helkina i Leichera* raczej pozostałością 2-go łuku skrzelowego, aniżeli następstwem metaplazji tkanki łącznej podścieliskowej i rozwijają się przedewszystkiem na tle przebytego zapalenia lub ognisk gruźliczych w danym migdałku (*Lubarsch*). *C. Hiersch*, *Dietrich*, *O. Mayer i Fein* spostrzegali takież same ogniska kostne częściej u osobników po przebytej błonicy gardła lub przy obecności grzybków promienicy w kryptach migdałków podniebiennych, wykazujących w najbliższem otoczeniu silniejszy odczyn zapalny. Opisane przez *Leichera* wysepki chrzęstne i kostne w najbliższem otoczeniu migdałków podniebiennych u członków jednej i tejsamej rodziny, przemawiają stanowczo za ich pochodzeniem zarodkowem.

W spostrzeganych przezemnie przypadkach powyższych wyrośli kostnych w obrębie jamy ustnej i gardła chodziło w pierwszym o chłopca K. R. lat 17, który zgłosił się do ambulatorjum naszej kliniki z dolegliwościami ze strony gardła, pod postacią drapania i zawadzania oraz potrzeby częstego odchrząkiwania. Przy badaniu jamy ustnej i gardła uderzyły mię 2 symetryczne wyniosłości (rys. 1) na podniebieniu miękkiem, wielkości dużego ziarna grochu, tuż poza *tuber alveolare* szczęki g. Błona śluzowa ponad niemi nie zmieniona i łatwo przesuwalna. Ruchomość podniebienia miękkiego dobra, jednakowoż pod względem fonetycznym daje się zauważyć pewna trudność w wymawianiu spółgłosek gardłowych g, k, ch, r, na co chory zresztą sam zwrócił uwagę. Zaburzenia te były wyrazem niezborności ruchów artykulacyjnych mięśni podniebienia miękkiego, wywołanej niewątpliwie pewnem ich przeciągnięciem przez zbyt długi

wyrostek haczykowaty. Zdjęcie roentgenowskie, wykonane w płaszczyźnie stycznej do tylnej powierzchni szczęki górnej, wykazało wyraźnie wydłużony i zgrubiały wyrostek haczykowaty w postaci małego trójkąta, umieszczony na końcu wyrostka skrzydlatego (rys. 2). Wobec niezgodzenia się na zabieg operacyjny, musiano z konieczności kontynuować leczenie elektryzacją podniebienia miękkiego przy pomocy elektrody *Fröschelsa*, oraz stosowano miejscowe środki ściągające (2% rozczyn ZnCl) na błonę śluzową gardła i nosogardła.

W przypadku drugim kobiety K. Z. lat 31, zbyt długi wyrostek rylcowaty był przyczyną bólów przy połykaniu i zawadzania w gardle po obu stronach. Dolegliwości te, początkowo nieznaczne, uległy nasileniu po doszczętnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych. Prawdopodobnie zabieg ten przyczynił się do częściowego skostnienia więzadła rylcowognykowego, zwłaszcza że, jak wykazało dokładniejsze badanie zatoki migdałka prawego przy pomocy obmacywania oburęcznego (palcem wskazującym od strony jamy ustnej), koniec wyrostka rylcowatego sięgał w obręb samego łożyska migdałka. Na zdjęciu roentgenowskiem bocznem widać zarysy tegoż wyrostka (rys 3), tworzącego mniejszy kąt nachylenia z podstawą czaszki i zwróconego końcem ku zatoce migdałka podniebiennego. Jak z roentgenogramu można było ocenić, długość całego wyrostka rylcowatego po tejże stronie wynosiła przeszło 5 cm. Po stronie lewej stosunki prawidłowe. Na zabieg wycięcia przedłużonego tego wyrostka chora się nie zgodziła.

Trzy dalsze przypadki przemieszczających się wyrośli kostnych spostrzegałem w obrębie gardła górnego i dolnego. W przypadku pierwszym chodziło o mężczyznę L. S. lat 28, który zgłosił się do ambulatorjum naszej kliniki z dolegliwościami ze strony gardła pod postacią bólu, drapania i wysychania w gardle. Przy badaniu stwierdziłem nieżyt grudkowy rozlany, zgrubienie więzów bocznych pozałukowych, nieżyt przewlekły jamy nosowogardlowej. Badanie nosogardła utrudnione z powodu dość znacznej wyniosłości na tylnej jego ścianie, odpowiadającej pierwszemu kręgowi szyjnemu. Zdjęcie roentgenowskie, wykonane w płaszczyźnie pionowej, wykazało 2 wyrośle kostne na pierwszym i drugim kręgu szyjnym (rys. 4), sterczące do światła gardła górnego. Wyrośl górna, odpowiadająca guziczkowatemu zgrubieniu atlasa, spotyka się stosunkowo często. Rzadszą bez porównania jest wyrośl kostna na drugim kręgu szyjnym (*epistropheus*), zwłaszcza tych rozmiarów, jakie widzimy na zdjęciu. Obecność 2-ch powyższych wyrośli obok siebie równocześnie powoduje znaczne

scieśnienie światła gardła górnego, a prócz tego stanowi poważną przeszkodę dla tylnej rinoskopji. Objawy kliniczne, wywołane tą nieprawidłowością budowy gardła górnego, są u starszych osobników naogół minimalne. W powyższym wypadku poza zaleganiem niewielkiej ilości wydzieliny śluzoworopnej w gardle górnem, żadnych innych dolegliwości podmiotowych nie stwierdziłem (rys. 5).

W przypadku chłopca lat 19 Ł. J. chodziło o duży guz (*fibr. juvenile*), wychodzący z podstawy czaszki, który sięgał daleko ku przodowi w obręb jamy nosowej, wypełniając całkowicie prawą połowę nosa. Lewa połowa nosa, wolna, okazuje znacznego stopnia przechylenie przegrody. Natomiast dolna część guza powodowała znaczne uwypuklenie się podniebienia miękkiego ku przodowi. Na zdjęciu roentgenowskiem widać zarysy tegoż guza, nastrzykanego częściowo lipjodolem (od strony jamy ustnej). Dolna jego powierzchnia sięga mniej więcej do połowy drugiego kręgu szyjnego. Równocześnie zaznacza się wyrośl kostna na przędniej części łuku atlasa w postaci exostozy (*tuberc. atlantis*) wielkości małego orzecha laskowego, która przyczynia się do tem większego jeszcze odsunięcia tegoż guza ku przodowi. Guz ten usunięto przy pomocy elektrokoagulacji, częścią od strony jamy nosowogardłowej, częścią zaś od strony nosa, po uprzedniem dwukrotnem naświetlaniu promieniami Roentgena. Przeciwko anemji pokrwiotocznej stosowano równocześnie zastrzyki As.

U małych dzieci, osesków, tego rodzaju zmiany w gardle górnem mogą zaważyć na szali calkowitej drożności nosa. W tych wypadkach exostozy guziczka przedniego pierwszego kręgu szyjnego są zazwyczaj dość znaczne, osadzone na szerokiej podstawie i jak wykazały badania embrjologiczne *M. Calderina*, stoją często w związku z rozrostem uchyłka tak zwanej kieszonki *Rathke'go*, będącej pozostałością *duct. craniopharyng.* Autor ten opisał w roku 1922 przypadek 15-to miesięcznego oseska, u którego wyrośl kostna w miejscu odpowiadającem *tuberc. atlantis* była przyczyną całkowitej niedrożności nosa i w związku z tem znacznego utrudnienia odżywiania się (ssania). W krótkim stosunkowo czasie nastąpiło zejście śmiertelne wskutek szybko postępującego wycieńczenia.

W dostępnem mi piśmiennictwie naukowem znalazłem nieliczne tylko wzmianki, dotyczące opisu tej nieprawidłowości budowy gardła górnego. *Jurasz i Mangenau* zwrócili pierwsi uwagę na trudności w badaniu gardła górnego i nosa od tyłu przy obecności zbyt dużego *tuberc. pharyng.*

*Lichwitz, Helm i Roth* wspominają o obecności małych kawałków kości (ca 1 : 5 × 1 c³) w wyciętych adenoidach w wypadkach, w których przez zbyt silne ściągnięcie adenotomu *Beckmanna* po tylnej ścianie gardła górnego został uszkodzony sterczący ku przodowi guziczek pierwszego kręgu szyjnego. Silniej rozwinięte exostosy na łuku atlasa i trzonie drugiego kręgu szyjnęgo (*epistropheus*) mogą być przyczyną całkowitej niedrożności nosa, zwłaszcza w tych wypadkach, w których wskutek znaczniejszej różnicy wysokości trzonów trzech pierwszych kręgów szyjnych do ich powierzchni stawowych lub większych ubytków w łukach tychże trzonów kręgowych, dołącza się prócz tego jeszcze lordoza kręgów szyjnych. Jako dalszą przyczynę tego łukowatego wygięcia kręgów szyjnych ku przodowi upatruje *C. Mangenau* stałe drażnienie owych trzonów kręgów szyjnych, wywołane skurczem mięśni szyjnych i połykowych podczas połykania i ruchów wymiotowych.

*A. Schüller* w pracy swej: *Über roentgenische Untersuchung d. Epipharynx*, opisuje 4 przypadki częściowej niedrożności nosa w następstwie zwężenia światła gardła górnego, wywołanego nieprawidłową budową jego ścian kostnych. Do tych nieprawidłowości zalicza on w pierwszym rzędzie tak zwane *hyperkyphosis baseos cranii* t. j. zwiększenie się kąta nachylenia *m. planum sphenoid. a clivus.*, która to zmiana łączy się często z niedorozwojem poszczególnych części twarzy, asymetrją czaszki i t. p. Następnie exostozy łuku atlasa obok znaczniejszego wygięcia górnych kręgów szyjnych ku przodowi oraz nieznaczne przesunięcie się czaszki wtył, względnie górnych kręgów szyjnych w stawie potylicznym mogą się również przyczynić do zwężenia światła gardła górnego. Objawy kliniczne są więc w pierwszym rzędzie zależne od stopnia powyższego zniekształcenia tylnej ściany gardła górnego. Zwężenie to potęguje się jeszcze bardziej wskutek tego, że błona śluzowa, wyściełająca tę wygiętą ku przodowi ścianę względnie wyrośl kostną, może wypełniać całkowicie już i tak wąskie światło gardła górnego. Wyrośla kostne oraz wrodzone wygięcie kręgów szyjnych ku przodowi w obrębie *cavum pharyngo orale*, należą do zmian o wiele rzadziej spotykanych, aniżeli wyżej opisane.

Przypadek 3-ci, dotyczący mężczyzny J. W. lat 65, jest o tyle godny uwagi, że, jak to wykazuje zdjęcie roentgenowskie, przyczyną bólu i zawadzania w gardle po stronie prawej przy połykaniu było prawie całkowite zwapnienie więzadła gnykowo-tarczykowego bocznego po stronie prawej oraz małe złogi Ca we więzadle międzykrę-

gowem przedniem na wysokości krtani. Jak z rentgenogramu można było ocenić, długość tego ogniska zwapniałego w obrębie wspomnianego więzadła wynosiła około 16 mm., jego grubość 2 mm. W górnej części jest ten zwapniały twór, przypominający obrysem wyrostek kostny, ściśle złączony z rożkiem dużym kości gnykowej, natomiast koniec dolny, wyraźnie zaokrąglony, jest oddzielony na przestrzeni około 2-ch mm. nieskostniałą częścią więzadła od rożka górnej chrząstki tarczykowej. Badanie nosa, gardła i krtani zmian nie wykazało. Jednakowoż przy pomocy zgłębnika krtaniowego, owiniętego watą, można było wyczuć na bocznej ścianie gardła w obrębie zatoki gruszkowatej prawej pewną bolesność przy równoczesnem obmacywaniu różka dużego kości gnykowej ręką od zewnątrz. Chory ten cierpiał na skazę moczanową.

Podobnie w przypadku mężczyzny lat 21 J. R. bóle przy połykaniu i uczucie zawadzania na wysokości krtani, które wystąpiły nagle po zaziębieniu, znalazły wytłumaczenie w obecności złogów Ca w wiązadle międzykręgowem przedniem na wysokości płyty chrząstki obrączkowej. Jak widać na załączonym rentgenogramie (rys. 7) krtani, płyta chrząstki obrączkowej wykazuje rozległe ogniska złogów Ca u względnie jeszcze młodego osobnika. Może właśnie tej okoliczności należałoby przypisać wczesne pojawienie się bólu przy połykaniu we wspomnianem miejscu, wobec ujemnego wyniku badania nosa, gardła i krtani.

W ostatnim wreszcie przypadku chodziło o kobietę M. W. lat 45, która uskarżała się na dolegliwości przy połykaniu w postaci tępego bólu i zawadzania w gardle na wysokości krtani. Bóle te występowały również przy przesuwaniu krtani z boku na bok, względnie przy znaczniejszem przechyleniu głowy ku tyłowi. Chora cierpi od kilku lat na dnę z typowemi napadami bólów w stawach rąk i nóg. Ponieważ badanie gardła i krtani dało wynik ujemny, przekazałem chorą do zdjęcia roentgenowskiego do P. Prof. *Mayera.* Na zdjęciu bocznem gardła dolnego (rys. 8) wystąpiły wyraźnie zarysy złogów. Ca w więzadle międzykręgowem przedniem na wysokości krtani. Na załączonym pozytywie widać 2 ogniska zwapniałe w obrębie wspomnianego więzadła kształtu podłużnego tuż przy dolnej krawędzi 2-ch ostatnich kręgów szyjnych. Dolne ognisko zwapniałe przewyższa rozmiarem złóg Ca górny. Wprowadzony zgłębnik krtaniowy, owinięty watą, do gardła dolnego wykazuje wyraźną bolesność przy obmacywaniu jego tylnej ściany w miejscach, odpowiadających powyższym złogom Ca.

Podobny przypadek bólów w gardle przy połykaniu na tle złogów Ca w *lig. intervertebrale anter.* na wysokości dolnego brzegu chrząstki obrączkowej u kobiety lat 39, opisał *Thost* w roku 1911. Jak w powyższym opisie zaznaczyłem, rozpoznanie przyczyn bólu i zawadzania w gardle na wysokości krtani w 2-ch ostatnich przypadkach opierało się na obmacywaniu zgłębnikiem krtaniowym gardła dolnego oraz bocznych ścian zatoki gruszkowatej. Podkreślić tu wszakże należy, iż w przypadkach wyżej podanych dolegliwości ze strony gardła, w których badanie laryngologiczne wypadło ujemnie, a obmacywanie ścian gardła powyższym sposobem daje wyniki niepewne, zdjęcie roentgenowskie wykrywa niejednokrotnie właściwą przyczynę cierpienia w postaci złogów Ca w więzadłach, położonych tuż pod błoną śluzową. Podczas aktu połykowego płyta chrząstki obrączkowej podnosząc się ku górze posuwa się po trzonach kręgów szyjnych, które u osobników starszych są zazwyczaj znacznie więcej wygięte ku przodowi (lordoza kręgów szyjnych). Stąd nawet niewielkie złogi Ca w więzadle międzykręgowem przedniem na wysokości krtani mogą w starszym wieku wywoływać uporczywe bóle przy połykaniu w okolicy pozakrtaniowej, które u osobników wrażliwych budzą często obawę obecności nowotworu złośliwego lub owrzodzeń w gardle. W tych wypadkach dopiero dokładne badanie roentgenowskie gardła może niejednokrotnie wyświetlić całą sprawę.

## Piśmiennictwo.

Jouffroy G. Arch. intern. de laryng.-otolog.-bronchoesophag. 4/5. 925. Evans Alban: A case of elongatet styloidproc. Journ. of laryng. otolog. 40/7. 925. v. Eicken: d. lange Proc. styloid. Beitrag. z. anat. psycholog. patholog. u. Ther. d. Ohres u. d. oberen Luftw. B. 23—926. Tawse H. Bell: styloid: proc. projecting. in to the left. tonsill: Soc. otolar. London 4/3. 927. Specht. Abnormitäten am Kehlkopf d. verl. proc. styloid. Verkalkg. d. ligam. stylohyoid. Z. f. Hals-Nas-Ohrhkde Bd. Bernfeld: Mon. f. Ohrunde u. Lar-rhinolog. 63/3. 928. R. Martens: Jng. Dissertation Rostock. 911. A. Jurasz: Erkrankungen d. ob. Luftw. Heidelberg. 891. C. Mangenau: Arch. f. Laryngol. B. V. 1900. Doumenge René: Configurat. de la voute palat. Ann. de malad. de l'oreille du nez du lar. T. 42/11. 929. M. Calderin: Rev. espann. de laryngol. otolog-rhinol. T. 13/3. 922. Precechtel: Cas. lekar. ceskych. 66/13. 1927 iOtolar. slavica. vol. 1/2. 929. Thost: Roentg. untersg. d. Kehlkops u. d. Luftrohre Denker-Kahler. Bd. 1. Schüller: Über die Roentgenunterschung d. Epipharynx. I. Congres International d'Oto-Rhino-Lalyngol. 928. Helm i Roth: Arch. intern. de laryngol. otolog. et bronchoesophag. X/1. 897. Reitmann: Über das Vorkommen v. Knorpel u. Knochen i. d. Gaumenmandeln. Mon. F. Ohrde 903 B. 34. Lubarsch: Über Knochenbildung in d. Lymphknoten u. Gaumenmandeln Virch. Archiv. 904. B. 117. Halkin: Contribution à l'etude de l'ossi-



Rys. 1. K. R. I. 17. Hamalus pteryg., sterczący w postaci 2-ch symetrycznych wyniosłości na podnieb. miękk. Zdjęcie stereokamerą Hegener-Zeissa powiększone.



Rys. 2. K. R. lat 17. Zdjęcie roentgen. szczęki górnej skośne. Processus et hamulus pteryg. widoczne w postaci trójkąta.



Rys. 3. Kob. H. S. lat 31. Processus styloideus elongatus.
Zdjęcie boczne.



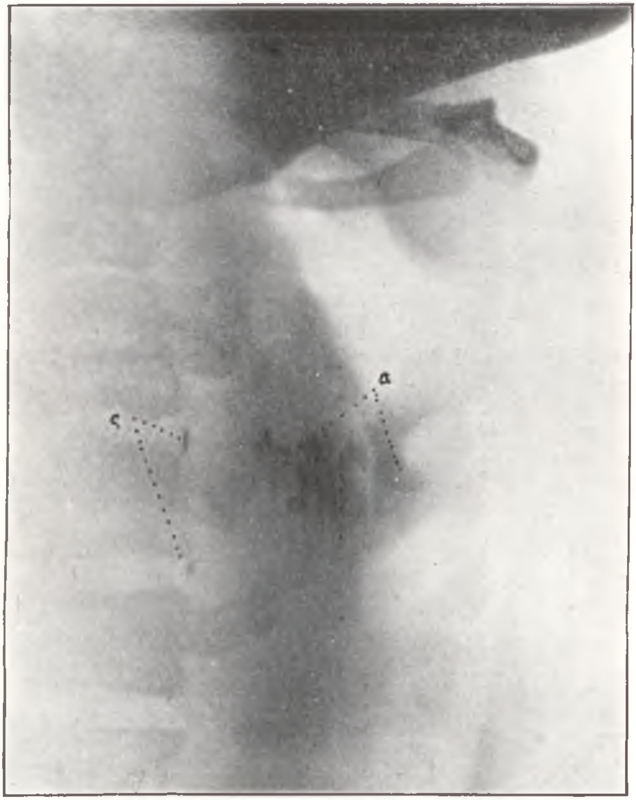
Rys. 4. Mężcz. L. S. lat 25. Tuberculum atlantis et epistrophei prominentes. Zdjęcie boczne.



Rys. 5. Chłop. L. J. lat 19. Fibroma juvenile — nastrzyknięte częściowo lipoiodolem (f — narośl kostna) tuberc. atlantis, c, odsuwająca guz nieco ku przodowi.




Rys. 6. J. W. lat 65. Rozległe zwapnienie w obrębie ligam. thyreo-hyoid. destr. *a* rożek g. chrząstki tarczowat. *b*. c. ogniska złogów Ca w lig. intervertebrale anter na wysokości krtani.




Rys. 7. J. R. lat 21. Zd. Roent. krtani. *a* Złogi wapna w obrębie płytki chrząstki tarczowatej. *c* Złogi *Ca* w lig. intervertebr. ant.



Rys. 8. Kob. W. J. lat 47. *Złogi wapienne* w lig. intervert. ant. na wysokości krtani.

fication dans les amigdales. Bulletin de l'academie royal de med. de Belgique. 905. T. 19. Grunwald: Über Knorpel u. Knocheninseln in d. Gaumenmandeln. Archiv f. Ohrenheilk. B. 90. 913. Blumenfeld: Pathologie u. Theraphie d. verl. Process. styloid. Handb. Denker-Kahler Bd. III. Leicher: Knorpel- und Knocheneinlagerungen in d. Gaumenmandeln bei 3 Geschwisterparen. Zeitschr. f. Laryng. B. 19. 929.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego
Dyrektor Prof. F. Erbrich.

# Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym.

Podał D-r HENRYK LEWENFISZ starszy asyst. Kliniki

(dokończenie)

**Niżej podaję tablicę stu ciał obcych w przełyku.**

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Blaszka okrągła wielkości 5-cio zł. | 21 l. | 6 dni | Ból na wysok. połowy mostka. Niemożność łykania pokarm. | Na głębokości 25 cm. obce ciało | Usunięto | |
| Kość | 20 l. | 1 dzień | Ból, niemożność łykania stałych pokarmów | Na głębokości 20 cm. kość ściśle przylegająca do przedniej ściany przełyku | Usunięto po uprzedniem podważeniu od dołu, celem oddzielenia od przedniej ściany | |
| Proteza zębowa | 45 l. | 1 dzień | Ból w okolicy mostka | Na głębokości 25 cm. od górn. zębów proteza obciśnięta przez ściany przełyku | Usunięto | |
| Kość | 46 l. | 4 godz. | Ból w okolicy mostka | Tuż poniżej cieśni gardłowo - przełykowej kość długości 2 cm. szerokości $1/2$ cm. o obu ostrych końcach obustronnie wklinowanych | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kość | 41 l. | 10 dni | Ból w dolnej części mostka | Nad wpustem poprzecznie ustawiona kość | Usunięto | |
| Proteza z 2-ma zębami | 21 l. | Godzina | Duszność, kaszel | Na głębokości 18 cm. proteza ustawiona poprzecznie | Usunięto | |
| Pestka od pomarańczy (zwężenie przełyku) | 16 l. | 2 godziny | Niemożność połykania | W okolicy cieśni gardłowo-przełykowej koncentryczne zwężenie światła przełyku. Otwór zamknięty przez pestkę | Usunięto | |
| Guzik | 28 l. | 5 dni | Niemożność łykania stałych pokarmów | W okolicy wpustu guzik | Usunięto | |
| Igła | 50 l. | 1 dzień | Ból w przełyku | Na głębokości 23 cm. od górnych zębów wbita ostrym końcem w prawą ścianę | Usunięto | |
| Kość | 30 l. | 5 dni | Bóle w połowie mostka, niemożność łykania | Obce ciało tuż poniżej cieśni gardłowo-przełykowej | Usunięto | |
| Proteza zębowa | 30 l. | Kilka godzin | Ból na mostku | O. c. tuż poniżej cieśni gardłowo-przełykowej | Usunięto | |
| Kość | 31 l. | Tydzień | Niemożność połykania stałych pokarmów | Kość w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Proteza z 2-ma zębami | 24 l. | Kilka godzin | Ból | W górnej części przełyku proteza | Usunięto | |
| Proteza z 4-ma zębami | 22 l. | 6 godzin | Ból w przełyku | Proteza tuż powyżej wpustu do żołądka | Usunięto | |
| Moneta 5 groszy | 2 l. 8 m. | 2 dni | Wymioty | O. c. w okolicy cieśni | Usunięto | |
| Kość | 33 l. | Godzina | Ból w okolicy połowy mostka | O. c. na głębokości 25 cm. | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ość rybia | 40 l. | Godzina | Ból w przełyku | Na głębokości 17 cm. od górnych zębów wbita w błonę śluzową. | Usunięto | |
| Kość | 38 l. | 1 dzień | Bóle dolnej części szyi | Tuż poniżej cieśni gardłowo-przełykowej ostre ciało wklinowane | Usunięto | |
| Kość (kręg.) | 23 l. | 1 dzień | Bóle przy łykaniu w górnej części mostka | O. c. w odległości 25 cm. od górnych zębów | Usunięto | |
| Igła | 45 l. | 3 dni | Ból kłujący w przełyku po stronie prawej | Tuż u wejścia do przełyku widoczny koniec igły | Usunięto | |
| Kość | 49 l. | 3 dni | Ból w okolicy szyi. Gorączka (38⁰) | Na głębokości 25 cm. od zębów płaska kość wklinowana w błonę śluzową. Głęboka odleżyna | Usunięto | Wypisana zdrowa bez gorączki |
| Chrząstka (Dwukrotne próby usuwania na ślepo) | 43 l. | 36 godzin | Sinica, temperatura 39, duszność | Na szyi, pod obojczykiem i okolicy potylicy trzeszczenia. Nacieczenie miękkiego podniebienia bocznej ściany gardła. Tuż u wejścia do przełyku o. c. kawał sadła wraz z chrząstką. W miejscu zalegania o. c. głęboka szczelina o ścianach zgorzelinowych | Usunięto | Zmarł po 10 dniach (ropowica śródpiersia) |
| Proteza | 26 l. | Godzina | Ból w okolicy dołka | Proteza na głębokości 30 cm. | Usunięto | |
| Moneta 20 groszy | 3 l. | 5 dni | Zwracanie pokarmów | O. c. w fałdzie błony śluzowej tylnej ściany przełyku. Obrzęk błony śluzowej w miejscu zalegania o. c. | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pestka od śliwki | 26 l. | 2 dni | Niemożność połykania pokarmów stałych ani płynnych | W odległości 32 cm. od górn. zębów o. c. zwężenie przełyku bliznowate | Usunięto | Przed przybyciem do kliniki kilkakrotnie przepychania na ślepo |
| Kość | 54 l. | 5 dni | Bóle na szyi | Kość wbita w ścianę przełyku na głębokość 2 cm. Po usunięciu kości z otworu wylało się kilka cm. cuchnącej ropy | Usunięto. Wypisany zdrów | Przed przybyciem do kliniki dokonano ezofagosk. o. c. nie stwierdz. |
| Kość | 60 l. | 1 dzień | Ból w dolnej części szyi po stronie lewej | O. c. wklinowane w błonę śluzową w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Guzik | 3 l. | 1 dzień | Niemożność łykania stałych pokarmów | O. c. tuż u wejścia do przełyku | Usunięto | |
| Kość | 28 l. | 2 dni | Bóle na wysokości 3—4 żebra. Bolesność nad obojczykiem po stronie prawej. | W odległości 25 cm. od górnych zębów kość poprzecznie ustawiona i wklinowana, ropień ściany przełyku | Usunięto. Wypisany zdrów | Przed przybyciem do kliniki próby przepchnięcia o. c. |
| Moneta 2 kopiejki | 4 l. | 3 dni | Zwracanie pokarmów | Obce c. w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Kość | 18 l. | Kilka godzin | Ból w przełyku w okolicy mostka | Na głębokości 26 cm. ustawiona poprzecznie | Usunięto | |
| Kość | 32 l. | 1 dzień | Ból na mostku. Niemożność łykania | Na głębokości 26 cm. kość obciśnięta przez ściany przełyku. W miejscu przylegania o. c. odleżyny | Usunięto | |
| Kość | 45 l. | 2 dni | Ból na mostku | Na głębokości 25 cm. o. c. odleżyna na tylnej ścianie przełyku | Usunięto | |
| Guzik | 2 l. | 2 godziny | | O. c. tuż u wejścia do przełyku | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Igła | 32 l. | | Bóle podczas łykania | W odległości 17 cm. od górnych zębów igła obustronnie wbita w ściany przełyku | Usunięto | |
| Proteza zębowa | 27 l. | Kilka godzin | Duszność | O. c. na głębokości 27 cm. | Usunięto | |
| Proteza zębowa | 42 l. | Kilka godzin | Ból w okolicy rękojeści mostka | O. c. w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Ość | 60 l. | 1 dzień | Bóle podczas łykania | W odległości 18 cm. od górnych zębów ość wbita w ścianę przełyku | Usunięto | |
| Proteza zębowa | 28 l. | 24 godz. | Bóle na mostku | W odległości 26 cm. proteza z 2-ma zębami i haczykiem | Usunięto | |
| Mięso (zwężenie przełyku) | 19 l. | 3 dni | Niemożność łykania | Na głębokości 25 cm. o. c. W miejscu zalegania wrodzona djafragma | Usunięto | |
| Guzik | 7 l. | 1 dzień | Niemożność łykania | W górnej części przełyku guzik wielkości 5-ciu złotych | Usunięto | |
| Kość | 60 l. | Tydzień | Bóle na szyi po stronie prawej | W odległości 19 cm. kość poprzecznie ustawiona | Usunięto | |
| Moneta 20 kop. | 1 r. 9 m. | Tydzień | Początkowo duszność i kaszel, gorączka, zwracanie pokarmów | W fałdzie tylnej ściany przełyku na głębokości 14 cm. o. c. | Usunięto | Przed przybyciem do kliniki próby usunięcia koszyczkiem Graefego |
| Kręg rybi | 60 l. | 2 dni | Ból w plecach i czkawka | Na głębokości 25 cm. od górnych zębów ość rybia wbita w ścianę przełyku | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moneta 10 fen. | 1 r. 7 m. | Tydzień | Zwracanie stałych pokarmów | W g. części przełyku równolegle do przedniej ściany | Usunięto | |
| Kość | 75 l. | Kilka godzin | Ból w przełyku | W odległości 17 cm. od g. z. kość | Usunięto | |
| Kość | 52 l. | 2 dni | Niemożność łykania stałych pokarmów | O. c. w odległości 20 cm. od g. z. | Usunięto | |
| Kość | 52 l. | 12 godz. | Bóle podczas łykania | Na głębokości 25 cm. od g. z. kość długości 2 cm. wbita w ścianę | Usunięto | |
| Kawał mięsa (zwężenie przełyku) | 21 l. | 2 godz. | Niemożność przełykania | Kawał mięsa tuż nad wpustem. W miejscu zatrzymania się o. c. zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Kość | 60 l. | 2 dni | Ból na mostku | Na głębokości 25 cm. kość wklinowana obustronnie | Usunięto | |
| Świstawka | 5 l. | 2 dni | Niemożność łykania stałych pokarmów | W górnej części przełyku o. c. | Usunięto | |
| Moneta 2 grosze | 3 m. | 3 dni | Dziecko nie ssie | W górnej części przełyku o. c., które po wprowadzeniu ezofag. obsunęło się do żołądka | | |
| Kość | 33 l. | Dzień | Ból w górnej cz. mostka | Kość na głębokości 27 cm. | Usunięto | |
| Kość | 40 l. | 4 dni | Ból na wysokości mostka, czkawka | Ropień tylnej ściany przełyku. Wścianie ropnia kość | Usunięto. Wypisany zdrów | |
| Proteza zębowa | 27 l. | 16 godz. | Niemożność łykania | O. c. tuż nad wpustem | Usunięto | |
| Kość | 21 l. | 5 dni | Ból w piersiach na wysokości mostka | O. c. na wysokości 25 cm. ropień ściany przełyku | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kość | 56 l. | 18 godz. | Ból w przełyku niemożność łykania | O. c. w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Krążek żelazny | 4 l. | 4 dni | Niemożność przełykania stałych pokarmów | O. c. tuż u wejścia do przełyku | Usunięto | |
| Moneta 1 złoty | 3 l. | 4 dni | Niemożność łykania stałych pokarmów | O. c. w cieśni gardzielowo-przełykowej | Usunięto | |
| Kość | 36 l. | 1 dzień | Ból w piersiach | Na głębokości 25 cm. kość wbita w boczną ścianę przełyku | Usunięto | |
| Kość | 32 l. | 18 godz. | Ból w plecach | W górnej części przełyku kość poprzecznie ustawiona | Usunięto | |
| Mięso | 27 l. | 1 doba | Niemożność łykania | Na głębokości 25 cm. o. c. W miejscu zalegania zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Kość | 50 l. | 3 dni | Ból w prawym boku | Kość wklinowana w prawą ścianę górnej części przełyku | Usunięto | |
| Świstawka | 4 l. | Miesiąc | Niemożność łykania stałych pokarmów. Od tygodnia gorączka | O. c. w górnej cz. przełyku. W miejscu zalegania głęboka odleżyna | Usunięto | |
| Kość | 72 l. | 24 godz. | Ból w okolicy szyi | W prawej zatoce gruszkowatej | Usunięto | |
| Mięso | 24 l. | 1 doba | Niemożność łykania | Na głębokości 24 cm. o. c. w miejscu zalegania zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Kość | 18 l. | 2 dni | Ból w plecach | Na głębokości 25 cm. o. c. | Usunięto | |
| Kość | 35 l. | 6 dni | Ból w plecach, gorączka | Ropień tylnej ściany przełyku. Na głębokości 20 cm. od g. z. o. c. | Usunięto kość tkwiącą w ścianie ropnia. Wyleczenie | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mięso | 22 l. | 2 dni | Niemożność łykania | Na głębokości 34 cm. od g. z. o. c., w miejscu zalegania zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Proteza zębowa | 50 l. | 7 dni | Ból na mostku | O. c. w cieśni gardzielowo-przełykowej. Odleżyna | Usunięto | |
| Kość | 73 l. | 2 dni | Ból w okolicy dołka jarzmowego | Na głębokości 18 cm. kość wbita w ścianę | Usunięto | |
| Kość | 52 l. | 3 dni | Niemożność łykania stałych pokarmów | Na głębokości 25 cm. kość tkwiąca w ścianie przełyku | Usunięto | |
| Kość | 56 l. | 1 dzień | Ból w górnej cz. mostka | O. c. na głębokości 18 cm. | Usunięto | |
| Kość | 40 l. | 5 tygodni | Ból w okolicy wcięcia jarzmowego | O. c. na gł. 17 cm. ustawione poprzecznie. Głęboka odleżyna | Usunięto | |
| Moneta 5 gr. | 2 l. | 1 dzień | | W górnej cz. przełyku w fałdzie tylnej ściany moneta | Usunięto | |
| Moneta 5 gr. | 3 l. | 1 dzień | | O. c. w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Proteza | 49 l. | 1/2 godz. | Bóle w klatce piersiowej | W górnej części przełyku o. c. | Usunięto | |
| Moneta 5 gr. | 2 l. | 1 dzień | Zwraca przyjmowane pokarmy | W górnej części przełyku | Usunięto | |
| Proteza | 31 l. | Godzina | Bóle w górnej cz. klatki piersiowej | | | Podczas znieczulania chora protezę zwróciła |
| Pluskiewka | 1 r. | 1 doba | Wymioty | W tylnej ścianie g. części przełyku pluskiewka wbita w tylnią ścianę | Usunięto | |
| Chrząstka | 43 l. | 1 dzień | Ból w okolicy mostka | O. c. na głębokości 27 cm. | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moneta 5 gr. | 4 l. | Tydzień | Czasami zwraca przyjmowane pokarmy | W górnej części przełyku. W miejscu zalegania odleżyna | Usunięto Wyleczony | |
| Kość | 23 l. | 1 dzień | Bóle w klatce piersiowej | O. c. w górnej części przełyku | Usunięto | |
| Kość | 34 l. | Tydzień | Bóle w plecach, gorączka | O. c. wbite w ścianę przełyku, ropowica | Usunięto Wyleczony | Przepychanie przed przybyciem do kliniki |
| Kość | 45 l. | Tydzień | Bóle w plecach, dreszcze | Na gł. 24 cm. kość wbita w ścianę przełyku. Nacieczenie ściany | Usunięto Wyleczony | |
| Swistawka | 4 l. | 2 tygodnie | Od tygodnia gorączka | W g. cz. przełyku w fałdzie błony śluzowej o. c. pokryte cuchnącą ropiejącą ziarniną | Usunięto Wyleczony | |
| Moneta | 3 l. | 2 dni | Przywieziony w stanie agonalnym po próbach usuwania na ślepo w jednym z miast prowincjonalnych. Ezofagoskopji nie robiono. | | | |
| Mięso | 7 l. | 1 dzień | Niemożność łykania | O. c. na wysokości 20 cm., zwężenie bliznowate w miejscu zalegania | Usunięto | |
| 3 igły | 30 l. | 3 dni | Bóle podczas łykania | 1 igła w górnej części przełyku, druga w tylnej ścianie, trzecia w bocznej ścianie na wysokości 20 cm. | Usunięto | |
| Mięso | 67 l. | 2 dni | Niemożność łykania | O. c. na głębokości 27 cm. W miejscu zalegania zwężenie nowotworowe | Usunięto | |
| Moneta 10 fen. | 2 l. | Kilka godzin | Zwracanie pokarmów | O. c. w fałdzie tylnej ściany górnej części przełyku | Usunięto | |
| Kość od kurczęcia | 76 l. | 3 dni | Bóle w plecach, niemożność łykania stałych pokarmów | O. c. na głębokości 25 cm. | Usunięto | |

| Rodzaj ciała | Wiek | Czas zalegania | Objawy subjekt. | Ezofagoskopja | Zejście | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Proteza zębowa | 27 l. | 6 godz. | Bóle w plecach, niemożność łykania stałych pokarmów | Na głębokości 27 cm. proteza zaczepiona haczykiem o błonę śluzową | Usunięto | |
| Kawał mięsa | 22 l. | 1 doba | Niemożność łykania | Na głębokości 25 cm. o. c. W miejscu zalegania zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Kość | 32 l. | 1 dzień | Bóle podczas łykania | 22 cm. poniżej g. z. o. c. wbite na głębokość 2 cm. w ścianę | Usunięto | |
| Kość | 16 l. | 2 dni | Bóle podczas łykania | W górnej części przełyku kość poprzecznie ustawiona | Usunięto | |
| Mięso | 32 l. | 2 dni | Niemożność łykania | Tuż nad wpustem o. c. W miejscu zalegania zwężenie bliznowate | Usunięto | |
| Swistawka | 7 l. | 2 tygodnie | Od tygodnia gorączka | W górnej części przełyku o. c. w fałdzie błony śluzowej, widoczny tylko dolny brzeżek. Błona śluzowa miejscami znekrotyzowana | Usunięto | |
| Guzik | 2 l. | 3 dni | Zwracanie pokarmów stałych | O. c. w górnej cz. przełyku | Usunięto | |
| Otwarta agrafka | 28 l. | ½ godz. | Bóle | O. c. w górnej cz. przełyku tuż u wejścia | Usunięto | |

Wyżej podana tablica 100 ciał obcych stanowi czwartą część ciał obcych usuniętych w ciągu ostatnich trzech lat. Jak widać z niej:

45% stanowią koście,
11% „ protezy zębowe,
25% „ monety, guziki i świstawki,
4% „ igły,
11% „ zwężenia bliznowate lub nowotworowe z zaleganiem pestek lub mięsa,

w 61% obce ciała zatrzymują się w cieśni gardłowo - przełykowej,<br>
„ 29% „ „ „ „ „ okolicy odpowiadające rozgałęzieniu tchawicy,<br>
„ 6% „ „ „ „ „ okolicy wpustu do żołądka,<br>
„ 4% „ „ „ „ między zwężeniami fizjologicznemi,<br>
„ 83% stanowią obce ciała nie powikłane,<br>
„ 17% „ „ „ powikłane, w tym 12 razy odleżyny 5 ropowice.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

Zwężenia bliznowate przełyku zajmują trzecie miejsce po obcych ciałach i nowotworach; powstają one najczęściej na skutek absorbcji napojów żrących, zwłaszcza ługów. Gruźlica, kiła, szkarlatyna, dyfteryt, tyfus, ospa i różne stany ropotwórcze mogą być źródłem owrzodzeń, a w następstwie blizn. Chroniczne stany zapalne, skurcze z zastojem pokarmów i wydzielin mogą wytwarzać powierzchowne nadżerki śluzówki jako źródła blizenek.

Jakiekolwiek byłoby cierpienie pierwotne, blizna zwężająca jest skutkiem nacieczenia zapalnego. Zwężenia bliznowate przełyku mogą powstać też na tle długotrwałego zalegania ciała obcego.

Obraz kliniczny wszystkich zwężeń przełyku wyraża się stale postępującą dysfagją, która w końcu uniemożliwia choremu jakiekolwiek odżywianie. Do tego głównego objawu dołączają się objawy drugorzędne, jak wymioty, ślinienie, wychudzenie.

W przypadkach zwężeń, powstałych na tle oparzeniowym w odróżnieniu od innych przyczyn mamy wyraźny początek choroby: bezpośrednio po wypadku występuje okres ostry, wyrażający się bolesnością, wybitną dysfagją, krwawemi wymiotami. Stan zupełnej dysfagji trwa kilka dni, poczem stopniowo zmniejsza się i chory wraca pozornie do normalnego stanu, lecz już po kilku tygodniach dysfagja się wzmaga, i tym razem zwiększając się stopniowo, doprowadza często do stałego zamknięcia przełyku.

W zwężeniach powstałych na innym tle, czy to na skutek owrzodzeń w przebiegu chorób infekcyjnych, czy też odleżyn na skutek zalegania ciał obcych nie mamy tego burzliwego ostrego okresu, jaki widzieliśmy po oparzeniach.

Badanie przełyku w przypadkach zwężeń bliznowatych odbywa się dotąd zapomocą sondowania, prześwietlenia promieniami Rentgena i ezofagoskopji.

Jesteśmy zasadniczo przeciwnikami wszelkich ślepych metod badania, jednak ostrożne sondowanie miękką sondą nie powinno wyrządzić krzywdy choremu, może ono dać pewne pojęcie o umiejscowieniu i stopniu zwężenia, badanie to powinno być poprzedzone badaniem promieniami Rentgena zapomocą masy kontrastowej.

Ani sondowaniem, ani badaniem rentgenologicznem nie możemy jednak określić charakteru zwężenia, na to odpowiedzieć nam może jedynie ezofagoskopja. Zaznaczam tylko, iż nie należy wykonywać ezofagoskopji, jak i badania sondą w pierwszych trzech — czterech tygodniach po oparzeniu ługiem lub kwasami.

Obraz ezofagoskopowy w przypadkach zwężeń oparzeniowych jest bardzo charakterystyczny, stwierdzamy mianowicie mniej lub bardziej grube blizny błyszczące i białawe w postaci djafragmy z otworem o gładkich brzegach w pośrodku lub z boku. Otwory te są często tak małe, iż jest rzeczą zastanawiającą jak ci chorzy mogą się choć względnie odżywiać.

W odróżnieniu od innych w zwężeniach oparzelinowych spotykamy często zwężające blizny w kilku miejscach. Ponad zwężeniem stwierdzamy w nieco starszych przypadkach workowate rozszerzenia, które są jakby zbiornikiem dla wolno przesączającego się przez otwór zwężeniowy pokarmu. Często blizny są tak wysoko umiejscowione, iż uniemożliwiają wprowadzenie ezofagoskopu.

Obecnie mamy w leczeniu chorą, u której po wypiciu ługu wytworzyły się zrosty z jednej strony między nalewkami a tylną ścianą gardła, z drugiej między nagłośnią i nalewkami, co spowodowało zupełną niemożność łykania i utrudnienie oddychania. Z tego też powodu chora była poddana gastrostomji, zrosty zaś krtaniowe usunięto zapomocą djatermokoagulacji, jak również zrosty z tylną ścianą gardła. Obecnie chora oddycha dobrze i przyjmuje płynne pokarmy. Ezofagoskop udaje się wprowadzić do cieśni gardłowo-przełykowej, co uprzednio było zupełnie niemożliwe. W dalszym ciągu będą stosowane rozszerzenia przełyku pod kontrolą ezofagoskopu.

Zwężenia zależne od zalegania obcych ciał charakteryzują się istnieniem jednej blizny, która zajmuje tylko nieznaczną część obwodu przełyku, cała pozostała błona śluzowa jest niezmieniona.

Blizna wytworzona w następstwie wrzodu przełyku zawsze znajduje się w sąsiedztwie wpustu, jest mała i pojedyncza. Wywiady ułatwiają rozpoznanie.

Rokowanie w przypadkach zwężeń przełyku jest poważne i przed erą ezofagoskopową śmiertelność dochodziła według von Ackera do 50%, wg. statystyki Billrotha do 38%, obecnie śmiertelność znacznie się zmniejszyła.

Jedynie u dzieci rokowanie jest bardzo poważne, gdyż pokarmy płynne nie mogą wystarczyć na pokrycie zapotrzebowania rosnącego organizmu, to też i gastrostomja z tego samego powodu jest niewystarczająca.

Ezofagoskopja w przypadkach zwężeń bliznowatych przełyku daje nam bardzo cenne dane co do stanu błony śluzowej przełyku, wykazuje zmiany zapalne, w których to przypadkach nie należy stosować sondowań; wykazuje stan rozszerzenia przełyku ponad zwężeniem, uchyłki, o ile istnieją, dokładną lokalizację otworu, stwierdza skurcze, które można usunąć przez zwilżenie miejsca zwężenia kokainą i adrenaliną, a co najważniejsze pozwala pod kontrolą oka rozszerzać te zwężenia, unikając w ten sposób wprowadzenia sond w niewłaściwym kierunku. Chyba zbytecznem jest udowadniać, iż metoda ta stoi o całe niebo wyżej od tak zwanej metody ślepego rozszerzenia. Na całym szeregu przypadków u chorych ze zwężeniem przełyku nie udawało się pomimo wielokrotnych prób wprowadzić sondy, chociażby najcieńszej, a w ezofagoskopie wprowadzono na jednem posiedzeniu kilka coraz większego rozmiaru sond, i chorzy, którzy przez kilka dni nic przełknąć nie mogli, byli w stanie odżywić się drogą naturalną i uniknąć gastrostomji.

Są jednak takie przypadki, gdzie nawet zapomocą ezofagoskopu nie udaje się przeprowadzić sondy przełykowej, a więc w przypadkach zupełnego zarośnięcia światła.

W niektórych przypadkach zwężeń, t. zw. wsteczna ezofagoskopja ułatwia przeprowadzenie rozszerzenia przełyku.

Tak zwane „rozszerzenie przełyku bez końca" daje też w wielu przypadkach doskonałe wyniki; zresztą już sama gastrostomja, dzięki pozostawieniu przełyku na jakiś czas w spokoju, pozwala w wielu przypadkach na przeprowadzenie sondy tam, gdzie ono przed gastrostomją było niewykonalne.

Niektórzy autorzy, jak Roux z Leausanney, Salcer, Wildenberg są zwolennikami wczesnej kateteryzacji.

My w klinice trzymamy się zasady przeczekania pierwszych kilku tygodni (4—6), aż wytworzy się blizna ochronna.

# Przyczynek do zębów atypowo umiejscowionych w jamie nosowej.

Podał D-r K. GAŁDYŃSKI — Poznań.

(*Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Sekcji Oto-rhino-laryng. poznańskiej z dnia 18.X. 1928 r.*).

Większa ilość autorów, opisujących zęby atypowo położone w jamie nosowej, traktuje przypadki te jako zwykłe obce ciała jamy nosowej. Koncepcja taka jednak nie jest ścisłą i logiczną, ponieważ musimy sobie uświadomić, że zęby w jamie nosowej umiejscowione są przeważnie produktem zaburzenia rozwojowego. W przypadku spostrzeganym napotkamy postać nosologiczną nader rzadką, ze względu na nadliczbowy ząb umiejscowiony w samej przegrodzie nosowej.

Chodzi o pacjenta, który zgłosił się do mnie w lipcu r. ub. z powodu zatykania nosa i cuchnącej wydzieliny. Poza tem miewał silne bóle głowy, mianowicie w okolicy prawego oczodołu. Wywiad ustala, że choroba trwa mniej więcej trzy lata, w ostatnim czasie nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości.

Status praesens: mężczyzna w wieku lat 28, o silnej budowie ciała, bez żadnych dostrzegalnych objawów chorobowych. Jama ustna bez zmian patologicznych, *uzębienie szczęki górnej kompletne*; tętno miarowe, ciepłota ciała niepodwyższona; lues negatur.

Badanie *nosa* wykazało: przegroda nosowa po stronie prawej, mianowicie w górnym jej odcinku znacznie skrzywiona. Po stronie prawej wyraźny przerost małżowin dolnej i środkowej; pod małżowiną środkową widać śluzowo-ropną wydzielinę w ilości dość znacznej, pochodzącej z przednich zatok nosa. Zewnętrzna powłoka kości sitowej znacznie zgrubiała, błona śluzowa polipowato zwyrodniała. W okolicy oczodołu strony prawej, nie stwierdzamy *żadnego* obrzęku ani nacieczenia; na dotyk okolica niebolesna.

Przewietrzenie i następne płókanie zatoki *Highmora* uwydatnia znaczną ilość ropy cuchnącej. Natomiast przewietrzenie i płókanie zatoki czołowej nie wykazało żadnej cieczy patologicznej. Wobec takich wyraźnych dowodów zachorzenia jamy szczękowej oraz kości sitowej odstąpiono od zdjęcia roentgenowskiego, a chorego zakwalifikowano: 1) do operacji zatoki szczękowej, 2) do zabiegu otwarcia komórek sitowych.

Operacja zatoki szczękowej, wykonana metodą *Canfield-Sturmana* miała przebieg normalny. Resekcja komórek sitowych, wyko-

nana metodą *Hallego* była poprzedzona, jak zwykle w takich wypadkach, resekcją przegrody nosowej; podczas ostatniego zabiegu przy resekcji podstawy przegrody, dłóto napotyka na przeszkodę o twardości stalowej. Po oddłótowaniu okolicy tej przeszkody, ukazuje się wierzchołek stożkowaty, wyglądający na szkliwo zębowe; po dalszem ostrożnem oddłótowaniu okolicy przeszkody, można było przystąpić do wyjęcia ciała obcego, które rozpoznano, jako ząb o jednym korzeniu, z koroną stożkowatą, o ściętych szczytach i powierzchni wypukłej, prawdopodobnie ząb, należący do rodzaju kłów. Ząb ten nadliczbowy, atypowo umiejscowiony w samej przegrodzie nosa, nie mógł być, rzecz prosta, powodem zachorzenia zatoki *Highmora*. Wklinowany w grzebieniu podniebiennym szczęki górnej, względnie kości podniebiennych, mógł pozostać bez żadnych objawów patologicznych.

Co się tyczy oceny powyższego przypadku, to według zapatrywania *Partscha* (Handbuch d. Zahnheilkunde) nie można tu przyjąć zwykłej retencji zęba. Retencja istotna zachodzi tylko wówczas, gdy zęby, wzgl. ich zawiązki, w prawidłowem miejscu osadzone, nie wykłuwają się tamże.

Wszystkie inne przypadki należy lepiej określić mianem „zabłąkania" się zawiązków zębowych. Jeśli chodzi o zęby *sieczne*, to powód zabłąkania się ich stanowi tło zaburzenia rozwojowego kości międzyszczękowej, jak to między innemi udowodnił w opisanym przez siebie przypadku *Köllreuther* (Zeitschr. f. Ohrenheiikunde u. Krankheit d. oberen Luftwege — 1906). Dla innych zębów również należy przyjąc zaburzenie rozwojowe z okresu życia płodowego. Według zapatrywania *Seiferta* (Heymanns Handbuch d. Laryng. u. Rhinologie) mogą zachodzić dwie możliwości:

1) zawiązki zębowe osadzone już w założeniu w fałszywem miejscu, nie mogąc pomieścić się więcej w jamie ustnej, przymusowo wykłuwają się do jamy nosowej,

2) przemieszczenie się zawiązka zębowego w kierunku jamy nosowej następuje jeszcze przed ostatecznem złączeniem się szczeliny podniebiennej.

W opisanym przypadku prócz zaburzenia rozwojowego trzeba jeszcze przyjąć obrót zawiązka zębowego o $180^0$, czyli inwersję, wskutek czego wykłucie się zęba nastąpiło ze szkliwem do przegrody nosowej.

# Do pracy: O rentgenologicznym obrazie powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego.

Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

W uzupełnieniu przypadków opisanych w poprzednim numerze, załączam opis jeszcze 2-ch przypadków ropni płata skroniowego, które przebiły się do komory bocznej mózgu. Jakkolwiek samo określenie „przebicie do komory" kryje w sobie coś złowrogiego, prowadzącego prędzej czy później do śmierci (*Bergmann*, *Macewen*), to jednak znane są nieliczne przypadki, gdzie przebicie to, powstające zwolna, niemal niepostrzeżenie nie pociągało za sobą groźnych następstw. Co więcej, w przypadkach, opisanych przez *Goerdta*, *Lewisa i Uffenordego* *), chorzy mimo tego ciężkiego powikłania wracali po pewnym czasie do zdrowia.

Dokładną obserwację objawów oraz przebiegu klinicznego powyższego powikłania podał *Uffenorde* w przypadku dużego ropnia płata skroniowego lewego u 33 letniego mężczyzny, u którego cały obraz kliniczny wskazywał na przebicie, powstałe jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. W ciągu następnych zmian opatrunku pojawił się wypływ płynu jasnego mózgo-rdzeniowego. Zdjęcie roentgenowskie, po wypełnieniu tegoż ropnia lipjodolem, wykazało podłużny dość szeroki cień, łączący jamę ropnia z wnętrzem komory bocznej mózgu. Prócz tego można było zauważyć wyraźne przejaśnienie w obrębie samego ropnia oraz bocznej komory mózgu, wskazujące na obecność w nich powietrza względnie jakiegoś gazu (*pneumencephalon*). I rzeczywiście podczas zgłębnikowania tegoż ropnia, wydobywały się od czasu do czasu banieczki gazu, pomięszane z ropą. Okazało się bowiem w ciągu dalszej obserwacji, iż gazem tym jest powietrze, wciągnięte do wnętrza ropnia podczas rozkurczowego zapadania się mózgu i to w miarę jak podczas jego skurczowego tętnienia wydzielina ropna wydostawała się na zewnątrz. Sposób tworzenia się przetoki dokomorowej może być tego rodzaju, iż najpierw powstaje odczyn zapalny splotu naczyniówki w danej komorze mózgu (*meningitis intraventricularis*), który powoduje jej oddzielenie się, a tem samem wypuklenie się zcieńczałej ściany ropnia na ograniczonem miejscu. Są to wstępne zmiany, poprzedzające zazwyczaj przebicie ropnia

*) Zeitschr. f. Hals, Nasen, u. Ohrenheitkde. Bd. XVIII. Z. 4-ty.

do komory, które może przebiegać wśród objawów niezwykle gwałtownych (kurczów toniczno-klonicznych, coma, zwolnionego tętna i oddechu aż do całkowitego porażenia), lub też rozwijać się wolno, zależnie od szybkości postępu procesu zapalnego w tkance mózgowej. W przypadkach powolnie rozwijającego się przebicia stwierdzamy silne bóle głowy, objaw wzmożonego ciśnienia wewnątzczaszkowego, zmniejszenie się odruchów ścięgnistych, oczopląs pionowy, silnie się zaznaczający i w związku z nim zawroty głowy przy poruszaniu jej na boki.

Z 2-ch operowanych ostatnio przypadków ropni płata skroniowego z przebiciem do komory bocznej mózgu, chodziło w pierwszym o mężczyznę lat 19, K. J., z zawodu kowala, którego przywieziono do naszej kliniki w stanie ciężkim. Silne bóle głowy, lekkie zamroczenie świadomości. Ciepł. 38. T. 100, słabo napięte. W wywiadach stwierdzono, że wyciek ropny z ucha lewego rozpoczął się przed rokiem po zaziębieniu i trwał krótko. Obecna choroba rozpoczęła się przed tygodniem również po przeziębieniu. Chory dostał nagle bardzo silnych bólów głowy, połączonych z dreszczami, przyczem zauważył wykrzywienie lewej połowy twarzy. St Pr.: Silnie zbudowany, dobrze odżywiony, narządy wewnętrzne bez zmian. Lewa połowa twarzy wykazuje wyraźne wygładzenie fałdu nosowo-policzkowego i czoła. Lewy kąt ust nieruchomy, nieco opadnięty. Szpara powiekowa lewa nie domyka się. Innych objawów nerwowych nie stwierdzono. Bolesność na opukiwanie i dotyk całego wyrostka sutkowego i okolicy skroniowej lewej. Zarysy tegoż wyrostka są wyraźnie zatarte. Otoskopowo stwierdza się w przewodzie zewnętrznym obfitą ilość cuchnącej ropy oraz silne opadnięcie tylno górnej ściany przewodu, uniemożliwiające obejrzenie błony bębenkowej i ucha środkowego. Po stronie prawej zmiany nieżytowe. Słuch: Stroiki od $C^2$ w górę skrócone, dolne niesłyszalne. Weber lateralizowany w lewo. Schwabach po lewej przedłużony. Ri—ujemny. Oczopląs samoistny w obie strony wyraźny. Ilość c. b. krwi wynosiła 12,500 z przewagą c. b. wielojądrzastych obojętno chłonnych. Wykonano operację doszczętną. W powierzchownych warstwach natrafiono na ropę, wydostającą się pod ciśnieniem. Komórki paraantralne oraz antrum wypełnione są obficie wydzieliną ropną. Tylna ściana wykazuje znaczne zniszczenie, sięgające w kierunku kanału nerwu twarzowego. Tylną ścianę oddłótowano w całości, antrum zaś i ucho środkowe wyskrobano ostrą łyżeczką. Po oddłótowaniu pokrywy jamy bębenkowej natrafiono na ropę koloru szaro-żółtawego, silnie cuch-

nącą, w ilości przeszło 10 $c^3$. Opona środkowego dołu czaszkowego na całej powierzchni zgrubiała, pokryta ziarniną. Próbne nakłucie płata skroniowego wykazało w głębokości 1,5 c. do tyłu przeszło 3 $c^3$ ropy o wspomnianym charakterze. Bakterjologicznie stwierdzono ziarenkowce krótkie oraz laseczki typu rzekomo błoniczego. Nacięcie opony twardej w miejscu wkłucia i założenie cienkiego drenu gumowego wgłąb ropnia. Plastyka przewodu zewnętrznego. Opatrunek. Następnego dnia bóle głowy nie zmniejszyły się. Ciepłota między 38,9$^0$ a 39,3$^0$. T. 86 średnio napięte. Badanie neurologiczne stwierdza wyraźną parafazję sensoryczną, a nadto niedowład nerwu podjęzykowego lewego. Podczas następnej zmiany opatrunku wyaspirowano ok. 6 $c^3$ ropy koloru brunatnego, a po przemyciu 3% rozczynem $H_2O_2$ założono szeroki dren gumowy wgłąb ropnia, który zastąpiono następnego dnia drenem szklanym o średnicy 5 mm. Kiedy 5-go dnia po zabiegu ropienie wciąż jeszcze utrzymywało się na tym samym poziomie, a badanie wnętrza ropnia po rozchyleniu brzegów jego przetoki najmniejszym wziernikiem nosowym nie dało zadowalniających wyników, wstrzyknięto do wnętrza ropnia 20% rozczyn jodipiny w ilości około 1 $c^3$ w celu wykonania dokładnego zdjęcia roentgenowskiego. Na załączonej odbitce I-szej, zdjętej w pozycji przedniotylnej, widać zarysy tegoż ropnia w obrębie płata skroniowego, sięgającego wysoko ku górze. Ściany tegoż ropnia wykazują odnogi, odpowiadające zachyłkom, które występują wyraźniej na odbitce II-giej, wykonanej w pozycji *Sonnenkalba*. Zachyłki te świadczą o posuwaniu się procesu ropnego do przodu oraz ku tyłowi i ku górze. Nadto widoczne jest na zdjęciu tem duże owalne przejaśnienie (wyraźniejsze na pierwotnym negatywie) w obrębie przedniej części cienia lipjodolowego, pochodzące od bańki powietrza (*pneumencephalon*). Podczas zmiany opatrunku wystąpiły nagle po przepłókaniu ropnia 3% rozczynem $H_2O_2$ objawy przebicia ropnia do komory bocznej mózgu wśród utraty przytomności, drgawek toniczno-klonicznych i ogólnego niepokoju, trwającyck około 20-tu minut. Objawy te minęły po zastrzyknięciu *morfiny i skopolaminy*. Od tej chwili stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu. Przytomność wracała tylko chwilami, natomiast stale utrzymywał się niepokój, a ruchy w kończynach górnych wykazywały wyraźną niezborność. Następnego dnia wystąpiły porażenia w zakresie nerwów ocznych odwodzącego oraz częściowo także okoruchowego. Ciepłota wahała się mięezy 38,5$^0$ a 39,3$^0$ przy tętnie slabo napiętem i przerywanem mimo stosowania środków nasercowych. Nakłócie lędźwiowe wyka-

zało płyn mętny pod ciśnieniem o cechach zapalnych. Codzienna zmiana opatrunku z przemywaniem ropnia 3% rozczynem kwasu bornego, drenaż drenem szklanym o średnicy 6 mm. Dziewiątego dnia po zabiegu chory zmarł.

Nekroskopji z powodu stanowczego sprzeciwu rodziny nie wykonano. W tym wypadku daje nam zdjęcie roentgenologiczne obraz szybko posuwającego się ropnia w kierunku do komory bocznej mózgu.

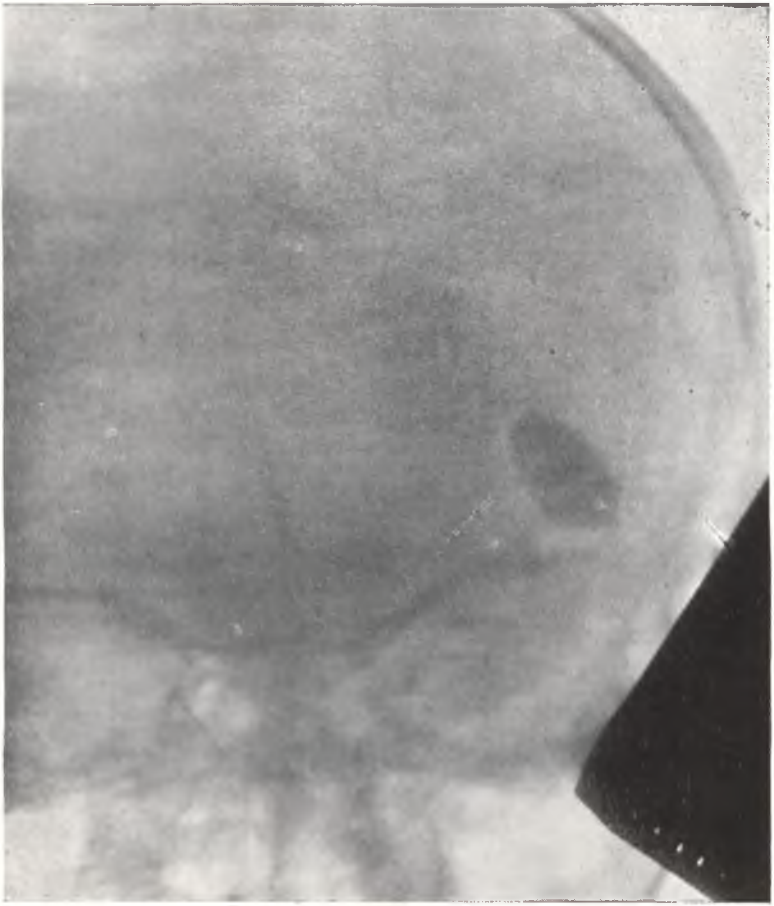
Drugi przypadek przebicia ogniska ropnego do komory bocznej mózgu dotyczył chorego lat 25, St. Cz., z zawodu ślusarza, który cierpiał od kilku lat na wyciek z ucha prawego po przeziębieniu, połączony z częstemi i silnemi bólami głowy po tejże stronie. Po pewnym czasie wyciek ten ustąpił, a chory czuł sie dobrze. Dopiero przed dwoma tygodniami wyciek z ucha prawego na nowo się zjawił, a z nim silne bóle i zawroty głowy, połączone z wymiotami. Z tem zgłosił się chory do kliniki. Stan obecny: Budowa średnia, odżywianie mierne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Wyrostek sutkowy prawy jakoteż okolica przedniego brzegu *m. sternocleidomastoideus* na ucisk bolesne. Otoskopowo daje się zauważyć w przewodzie zewnętrznym cuchnąca ropa, jakoteż znaczny ubytek błony bębenkowej. W uchu środkowem rozrosty polipowate, wypełniające prawie całą jamę bębenkową. Oczopląs samoistny w stronę prawą poziomo obrotowy. Objaw przetokowy ujemny. Sztywność karku wybitna. *Kernig, Brudziński, Babiński, Gordon.* Źrenice oddziaływują prawidłowo. Leukocytoza 16,500. Odchylenie formuły leukocytowej w lewo. Operacja doszczętna w uśpieniu eterowem. Kość zbita. W antrum i jamie bębenkowej ropa oraz ziarnina, którą wyskrobano. *Sinus* bez zmian. Po oddłótowaniu tegmen natrafia się na ropę w ilości około 20 $c^3$. Opona pokryta ziarniną, nie tętni. Punkcja wykonana w kierunku dolnego zwoju płata skroniowego więcej ku przodowi wykazuje około 8 $c^3$ ropy zielonkawej silnie cuchnącej. Bakterjologicznie — *proteus.* Założono cienki drenik gumowy (3 mm), przez który wydziela się obficie, pod tętnieniem, ropa o wspomnianym charakterze. Plastyka przewodu zewnętrznego *modo Brühl-Passow.* Następnego dnia sztywność karku znacznie się zmniejszyła, samopoczucie chorego lepsze. Codzienna zmiana opatrunku z przepłókiwaniem ropnia 3% rozczynem kwasu bornego. Ciepłota 36,8$^0$ Tętno 76 dobre. *Brudziński Kernig* zaznaczony. Na 3-ci dzień po zabiegu założono szerszy dren 4 mm. średnicy, który po następnych dniach 5-ciu zamieniono na dren o średnicy 6-ciu mm. Wyciek ropny dość obfity, przyczem daje się zauważyć sączenie płynu mózgo-rdzeniowego z głębi ropnia. Przy



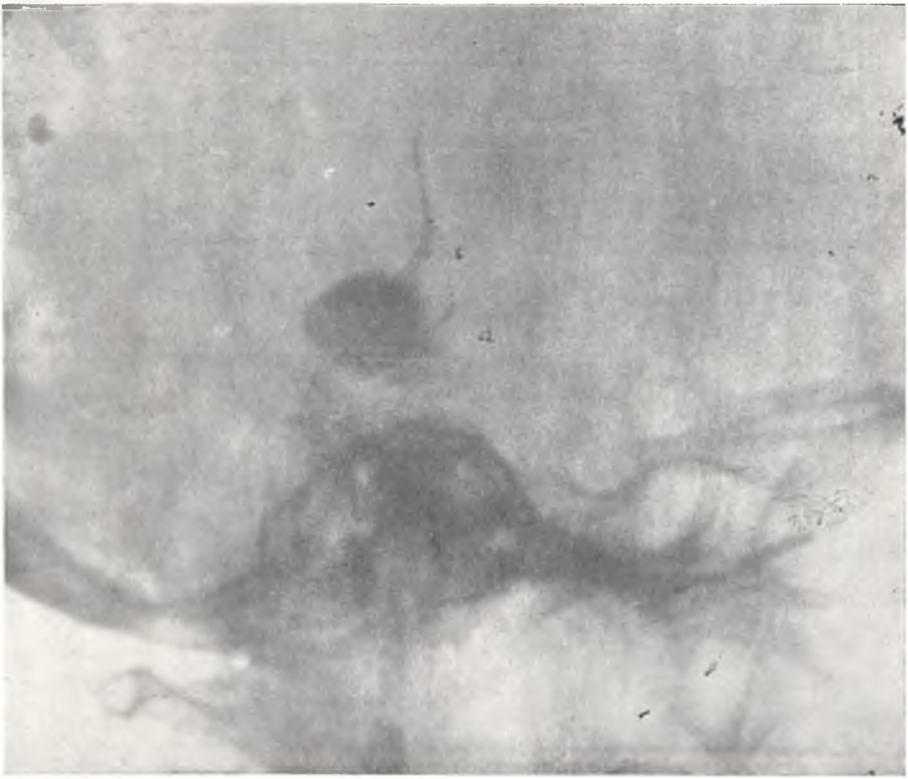
Rys. 1. K. J. lat 19. Otitis med. purul. chron. granulat. Abscessus epiduralis et abs. lobi tempor. sin. Zdjęcie czołowopotyliczne po wypełnieniu ropnia jodipiną.



Rys. 2. K. J. lat 19. Otitis m. pur. chr. Abscessus epiduralis et lobi tempor. sin. Zdjęcie boczne w pozycji Sonnenkalba po wypełnieniu jodipiną.



Rys. 3. St. Cz. lat 25. Abscessus lobi tempor. dext. Zdjęcie przedniotylne.



Rys. 4. St. Cz. lat 25. Otitis med. pur. chr. dext. c. polypis; abscessus lobi temporalis dexr. po nastrzyknięciu lipiodolem. *c*. miejsce przetoki dokomorowej. Zdjęcie boczne.

zwróceniu głowy w stronę prawą i wtył występuje bardzo żywy oczopląs obrotowy w stronę ucha chorego. Przy każdorazowej zmianie opatrunku wydobywa się z głębi ropnia po rozchyleniu jego brzegów zgłębnikiem, spora ilość banieczek powietrza zmięszanego z niewielką ilością płynu mózgowordzeniowego i ropą. Do wnętrza wstrzyknięto 0,5 $c^3$ 10% roztworu jodipiny w celu wykonania zdjęcia roentgenowskiego (9-go dnia po zabiegu operacyjnym). Zdjęcie w płaszczyźnie przednio-tylnej wykazało ropień umiejscowiony w przedniej części płata skroniowego, wielkości wiśni, o zarysach owalnych. Na zdjęciu bocznem w pozycji *Sonnelkalba* widać ponadto 2 wyraźne ciemne smugi, z których jedna dłuższa, prowadzi prawdopodobnie do komory bocznej mózgu. Dolna zaś jest znacznie krótsza od poprzedniej. Następnie widać dookoła cienia lipjodolowego przejaśnienia (wyraźniejsze na pierwotnym negatywie), świadczące o obecności powietrza we wnętrzu tegoż ropnia. Po następnych dwóch dniach wystąpiły silne bóle i zawroty głowy. Ciepłota dochodziła do $37{,}5^0$. Tętno 64 dobrze napięte, miarowe. Sztywność karku lekko zaznaczona, od czasu do czasu nudności, połączone z wymiotami. W okolicy przedniej dolnego zachyłka rany wydobyto z górnej części kości skalistej mały odłamek kostny luźny ruchomy. Nakłuciem lędźwiowem wypuszczono około 15 $c^3$ płynu mętnego pod stosunkowo niskiem ciśnieniem, bakterjologicznie stwierdzono *proteus*. Badanie chemiczno-biologiczne wykazało: Ilość ciałek białych w 1 $mm^3$ 2.784 z przewagą w osadzie limfocytów i granulocytów obojętno-chłonnych. Ilość białka: 0,090, globulin: 0,030%. Współczynnik białkowy: $^1/_2$. *Nonne I:* +, *WeichbrodtzPandy:* ++. Białka: 3,5. Albumin: 1,5. Współczynnik białkowy: 1,5. Ilość chlorków: 0,64. Ilość cukru: 0,08. Pomimo nakłucia rdzeniowego bóle głowy trwały nadal o tem samem natężeniu. Chory był chwilami zupełnie nieprzytomny, to znów podniecony. Ciepłota dochodziła najwyżej do $37{,}5^0$. Tętno 86 słabonapięte, miarowe. Podawano *analeptica* dożylnie i domięśniowo. Następnego dnia *exitus* wśród objawów ogólnej zapaści.

Na sekcji stwierdzono: ropień płata skroniowego, rozciągający się poprzez ogniska encephalomalatyczne do komory bocznej prawej. Rozszerzenie wszystkich komór mózgowych znacznego stopnia. W ich wnętrzu stwierdza się płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Ropne zapalenie opony twardej, ograniczone przy podstawie do płata skroniowego prawego. Zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego. Zastój żylny znacznego stopnia we wszystkich narządach.

Przypadek ten jest godny uwagi ze względu na samoistne prze-

bicie ropnia do komory bocznej, które wystąpiło już dość wcześnie, w kilka dni po zabiegu operacyjnym, bez groźnych objawów, z wyjątkiem bólu i zawrotów głowy. Przedmiotowo dało się w tym przypadku zauważyć przy każdorazowej zmianie opatrunku wypływ płynu mózgo-rdzeniowego, zmięszanego z ropą i bańkami powietrza oraz oczopląs obrotowy w prawo przy zmianie położenia głowy. Co więcej, ciepłota przez cały czas choroby nie była wyższa nad 37$^0$ C, a w stadjum końcowem dochodziła zaledwie do 37,5$^0$ C. Roentgenologicznie dało się wykazać nagromadzenie samoistne powietrza w obrębie samego ropnia *(pneumencephalon)*. Jak wykazuje obserwacja kliniczna, przebieg, mimo tak ciężkiego powikłania, był od samego początku stosunkowo łagodny, dopiero kiedy proces zapalny przeszedł na okolicę podpajęczynową, wystąpiły groźne objawy zapalenia opon mózgowych, a równocześnie posuwająca się w kierunku do komory encephalomalacja stała się przyczyną zejścia śmertelnego.

---

Z kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik prof. *J. Szmurło.*

Dr. T. WĄSOWSKI.

# Kilka uwag w sprawie usuwania ciał obcych z przełyku.

Usuwanie ciała obcego z przełyku lub oskrzeli słusznie może być zaliczone do zabiegów najbardziej emocjonujących nawet doświadczonego laryngologa. Często zabieg ten udaje się łatwo i szybko, jednak każdy specjalista przeżywa również przypadki ciężkie, nastręczające duże trudności techniczne. Bezwątpienia, że pokonanie takich trudności w znacznym odsetku przypadków zależy od wprawy i zimnej krwi operującego; nie mniejszą wszakże rolę odegrywa tu umiejętny dobór narzędzi. Nieraz można słyszeć, właśnie z ust lekarzy posiadających doświadczenie w oesophago — i tracheobronchoskopji, że instrumentarjum do ciał obcych niekiedy nie zadawalnia operującego. Nic też dziwnego, że poza usuwaniem ciała obcego z przełyku zapomocą narzędzi, zaczęto poszukiwać innych metod postępowania operacyjnego, prostszych technicznie. W r. 1908 *Sargnon* zaproponował metodę zsuwania ciała obcego do żołądka zapomocą kokainizacji przełyku — „desenclavement cocaïnique". *Rosenheim* do tego celu dąży wprowadzeniem do przełyku balonu z powietrzem, *Gottstein* stosuje balonik napełniony wodą. Ogromnym zwolennikiem metody „desenclavement" jest *Belinoff.* Doświadczenie

naszej kliniki przemawia również na korzyść tej metody. Musimy jednak zaznaczyć, że nie każdy przypadek nadaje się do takiego postępowania, zwłaszcza dotyczy to ciał czas dłuższy tkwiących w przełyku, lub ciał wklinowanych.

Jeśli mamy do usunięcia kość wbitą w ścianę przełyku, lub kość poziomo tam ułożoną, zakładanie na nią kleszczyków lub chwytaczy nie może być uważane za zabieg celowy, gdyż primo—może spowodować rozdarcie ściany, secundo,—nie ułatwi wydobycia, gdyż ciało obce nie jest ustawione w pozycji najdogodniejszej do extrakcji. W takich właśnie przypadkach nieocenione usługi oddaje nam zastosowanie *tępego haczyka*. Twórca bronchoskopji, *Killian* zaleca stosowanie haczyka, ułatwiającego nam często ustawienie ciała obcego w pozycji najdogodniejszej do usunięcia. W podr. Denker i Kahler *Schlemmer* wspomina również o zaletach tego prostego instrumentu. Jednak odnosi się wrażenie, że za mało naogół w piśmiennictwie podkreśla się duże jego znaczenie praktyczne. Profesor Szmurło w swoich wykładach klinicznych stale zwraca uwagę na pożyteczność tępego haczyka i zaleca go nie tylko w przypadkach usuwania ciał obcych z przełyku, lecz i w innych zabiegach oto-rhino-laryngologicznych. Z tego właśnie względu pozwoliłem sobie zabrać głos w tej sprawie na łamach Pol. Przegl. Otolar., by przypomnieć, zwłaszcza kolegom—specjalistom na prowincji, pracującym samodzielnie, bez możności naradzenia się i pomocy w przypadkach ciężkich, do jakich zawsze należy zaliczać ciała obce w przełyku, jak wielkie usługi może czasem oddać operującemu umiejętne zastosowanie tępego haczyka.

Ilustrują to następujące przypadki ciał obcych w przełyku, operowane na klinice wileńskiej.

1. Chory L. A. 25 lat połknął dnia poprzedniego w zupie kość; obecnie odczuwa bóle w klatce piersiowej, zwłaszcza przy połykaniu. Oesophagoskopja dokonana w znieczuleniu kokainą z adrenaliną wykazała obecność kości w przełyku na głębokości 25 ctm. od zębów. Kość płaska, trójkątna, ustawiona w linji przednio-tylnej, tylny jej koniec tkwi w ścianie przełyku. Próba pociągania wywołuje podnoszenie się i wyciąganie płata śluzówki nad tylnym końcem kości. Tępym haczykiem pod kontrolą wzroku podniesiono przedni kąt kości i po uwolnieniu śluzówki tylnej ściany, bez trudu wydobyto kość szczypczykami razem z tubą oesophagoskopu.



Rys. 1.

2. Chory O. F. 30 l. przed 24 g. jedząc bigos połknął kość. Obecnie dokuczliwy ból w okolicy mostka. Po wstrzyknięciu morfiny ze skopolaminą i znieczuleniu dokładnem kokainą oesophagoskopja. Kość wielkości 3 × 3 ctm. tkwi w przełyku na głębokości 24 ctm., leży poprzecznie, gładką powierzchnią zwrócona ku górze. Wobec niemożności uchwycenia jej kleszczykami wprowadzono do rury oesophagoskopowej tępy haczyk, z łatwością pod kontrolą wzroku odwrócono kość brzegiem do góry, poczem kleszczykami usunięto ją razem z rurą oesophagoskopu.



Rys. 2.

3. Dziecko C. E. 1½ roku przed tygodniem połknęło monetę 50 groszową. Zdjęcie Roentgena wykazało obecność w przełyku okrągłego ciała obcego na wysokości górnej części mostka. W narkozie eterowej oesophagoskopja. Na granicy dolnego gardła i przełyku znaleziono napęczniałe ziarno grochu, które usunięto z łatwością tępym haczykiem. Dalsze badanie przełyku wykazało rozrost ziarniny krwawiącej z tylnej ściany przełyku, pod którą połyskuje dolny brzeg monety; górna jej część zakryta całkiem obrzmiałą śluzówką i ziarniną. Po osuszeniu krwawej wydzieliny i zanemizowaniu tkanki adrenaliną próbowano uchwycić brzeg monety kleszczykami, lecz próby spełzły na niczem. Wobec tego wprowadzono tępy haczyk pod dolny widoczny brzeg monety i, posuwając się ostrożnie po jej tylnej powierzchni ku górze, oddzielono monetę od tylnej ściany przełyku. Jednocześnie obrócono powoli tubę oesophagoskopu o 90° wbok, tak iż wydłużony jej koniec dolny wszedł swym brzegiem za wolny brzeg monety. W ten sposób mogliśmy już z łatwością uchwycić kleszczykami brzeg monety, którą usunięto.



Rys. 3.

4. H. W. 19 lat, dnia poprzedniego podczas obiadu połknął kość. Oesophagoskopja wykazała w przełyku kość płaską ustawioną poprzecznie na głębokości 37 ctm. od zębów. Wobec niemożności uchwycenia jej kleszczykami, jak również zsunięcia do żołądka, tę-

pym haczykiem pod kontrolą wzroku przysunięto górny zgrubiały brzeg kości do tuby oesophagoskopu. Przy próbie wydobycia ciała obcego razem z rurą i haczykiem, kość wpadła znów do przełyku na wysokości wejścia jego. Ponowne wprowadzenie oesophagoskopu i usunięcie ciała obcego kleszczykami.



Rys. 4.

Przytoczone przypadki wyraźnie wykazują nam ogromne praktyczne znaczenie tępego haczyka przy wydobywaniu ciał obcych z przełyku. W przypadkach drugim i trzecim nie można było wogóle uchwycić ciała obcego kleszczykami, wobec czego mieliśmy bezwzględne wskazania do użycia haczyka. Mogliśmy nim bez szkody dla chorego, ostrożnie, pod kontrolą wzroku uruchomić ciało obce, nadać mu dowolną najdogodniejszą dla późniejszego usunięcia pozycję. Haczyk tępy okazał się tu narzędziem niezastąpionem. W przypadku pierwszym, w którym ciało obce wbite było ostrym końcem w ścianę przełyku użycie haczyka również ułatwiło nam i przyśpieszyło zabieg.

To samo dałoby się powiedzieć i o przypadku czwartym.

Powyższe doświadczenie pozwala nam zaliczyć tępy haczyk do narzędzi, które winne się znajdować w komplecie oesophagoskopijnym każdego laryngologa, gdyż jest to instrument, którego umiejętne użycie ułatwia nam często wydobycie ciała obcego z przełyku i pozwala na zachowanie najważniejszej zasady oesophagoskopji:— non nocere.

---

Z kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kier. Pr. *J. Szmurło.*

DR. T. WĄSOWSKI.

# Niezwykły przypadek ropnia przegrody nosowej.

4 października 1928 r. zgłosił się do kliniki, chłopiec 13 letni R. B. z ogromnem obrzmieniem nosa, głównie jego grzbietu, niemożliwością oddychania przez nos i wysoką gorączką. Przed 8 dniami uderzono go ręką bardzo silnie w okolicę nosa; od tego czasu powstały silne bóle w okolicy czołowej i zjawił się obrzęk nosa; raz

były dreszcze. Chory blady, jakby nieco odurzony, $t^0$—38, tętno 110, równe. Objawów mózgowych brak. Ze strony narządów wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Okolica grzbietu nosa trzykrotnie powiększona, nacieczona, jak to wyraźnie przedstawia podany rysunek; obmacywaniem stwierdza się chełbotanie, a w głębi wyczuwa



się kości nosowe. Badanie wnętrza nosa wykazuje poduszkowate zgrubienie po obu stronach przegrody nosowej, miękkie, chełboczące. Przewody nosowe obustronnie zatkane. Rozpoznano ropień przegrody nosowej, powikłany ropniem podokostnowym grzbietu nosa. Cięcie odzewnątrz ropnia podokostnowego i odwewnątrz ropnia przegrody rozpoznanie nasze potwierdziło. W ropniu przegrody znaleziono obnażoną chrząstkę i kość, jednak ich nie usuwano ze względu na brak zmian nekrotycznych. Badanie ropy wykazało obecność gronkowca złocistego. Sączkowanie ropni po 12 dniach doprowadziło do restitutio ad integrum.

Przypadek ten, pozornie banalny, zasługuje jednak na uwagę, zwłaszcza dla lekarza praktyka, ze względu na rozmiary ropnia, brak martwicy przegrody nosowej, mimo pochodzenie urazowe cierpienia, wreszcie przebicie się ropy nazewnątrz pod okostnę grzbietu nosa. Mamy prawo przypuszczać, że tylko dzięki małej zjadliwości zarazków, oraz łatwości przedostania się ropy nazewnątrz, tak daleko posunięty proces ropny nie wywołał groźnych dla życia chorego powikłań.

---

## Uchyłek dolnej części przełyku powstały wskutek uwięźnięcia ciała obcego.

Podał Dr. HENRYK LEWENFISZ St. asystent kliniki Otolaryngologicznej Uniw. Warsz. Dyr. Prof. Erbrich.

Uwypuklenia ściany przełyku na ściśle ograniczonej przestrzeni noszą nazwę uchyłków. Uchyłki przełyku zazwyczaj dzieli się na dwie grupy: uchyłki przez tłoczenie (diverticula e pulsione) w górnej części i uchyłki przez pociąganie (diverticula e tractione) w dolnej części przełyku.

Najczęściej spotykane uchyłki wychodzą tuż powyżej cieśni gardłowo - przełykowej, a więc nie są właściwie uchyłkami przełykowemi i wytwarzają się kosztem ściany dolnej części gardła.

Uchyłki te umiejscawiają się prawie zawsze na tylnej ścianie lub na jednej z bocznych i powstają na skutek ciśnienia od wewnątrz przełykanych pokarmów na ścianę gardła przy istniejącej przeszkodzie w cieśni gardłowo-przełykowej.

Czynnikami usposabiającemi do powstawania uchyłków są blizny po długo zalegających obcych ciałach, oparzenia lub skurcze w okolicy cieśni i t. p. Ściana przełyku, a czasem tylko błona śluzowa wraz z podśluzową, podobnie jak przepuklina, przechodzi przez ustępujące i rozchodzące się włókna mięśniowe w miejscu najsłabszego oporu. Uchyłki takie są czasami dość głębokie i dno ich stwierdzamy niekiedy w odległości 25 — 30 cm. od zębów.

Wyżej opisane uchyłki wskutek mechanizmu swego powstawania noszą nazwę diverticula e pulsione.

Drugi typ stanowią uchyłki przedniej ściany przełyku na wysokości podziału tchawicy. Klinicznie nie dają one żadnych objawów

i są rozpoznawane przypadkowo podczas ezofagoskopji lub rentgenologicznie.

Uchyłki te powstają najczęściej wskutek zwyrodnienia bliznowatego gruczołów okołooskrzelowych, gdyż tkanki te, kurcząc się, pociągają ścianę przełyku i dlatego też zostały nazwane przez Rokitańskiego diverticula e tractione.

Wielkość i kształt tych uchyłków jest rozmaita.

O ile pierwotną przyczyną powstania tych uchyłków jest pociąganie wywołane zrostami przełyku z sąsiedniemi gruczołami, to wtórnie przyłącza się przez ciśnienie powiększenie wytwarzającego się woreczka, a więc współdziałają tu dwa czynniki — pociąganie i tłoczenie.

Do tych klasycznych przypadków uchyłków przełyku względnie często opisywanych należy dodać przypadek uchyłku urazowego, opisanego przez Guiseza na skutek postrzału w szyję.

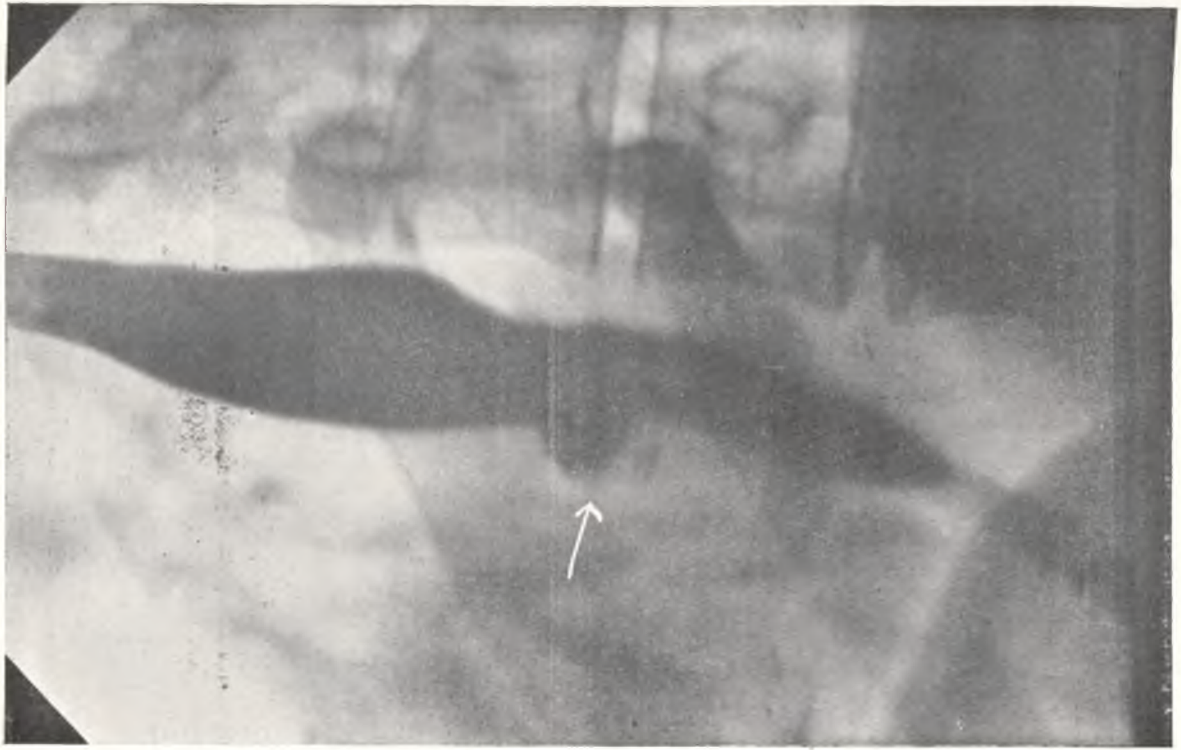
Nie znalazłem natomiast opisanych przypadków urazowych dolnej części przełyku i dlatego pozwalam sobie tego rodzaju przypadek opisać.

Dotyczy to chorego Arona G. lat 36, który zgłosił się dnia 15. IV. r. b. ze skargami na niemożność łykania pokarmów stałych i bóle w dołku. Stan ten trwa, nasilając się stale, od tygodnia, gdy chory, jedząc zupę, doznał wrażenia przełknięcia kości. Chory został skierowany do rentgenologa, który (Dr. Adelfang) stwierdził w dolnej części przełyku około dziesięciu cm. nad wpustem dość duży uchyłek po stronie lewej i nieco od tyłu, jak to wykazuje załączone zdjęcie rentgenograficzne. Chory został poddany ezofagoskopji.

Ezofagoskopja w pozycji leżącej wykazała w odległości 36 cm. od zębów po stronie lewej uchyłek głębokości $1^1/_2$ cm. do którego można było wejść rurą ezofagoskopową i w którym tkwiła kość 2 cm., częściowo wystająca do światła przełyku — kość ostra kształtu trójkąta.

Dnia następnego wykonane powtórne prześwietlenie i zdjęcie rentgenograficzne wykazało ledwie zaznaczający się uchyłek.

Mamy tu więc przypadek uchyłka dolnej części przełyku, który pod względem mechanizmu swego powstawania należy zaliczyć do grupy uchyłków przez tłoczenie diverticula e pulsione i opisywanych dotąd tylko w części górnej.



Strzałka wskazuje na uchyłek przełyku.

Z Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Otolaryngolog. U. S. B.
(Kierownik Kliniki Prof. Dr. *J. Szmurło*).

# „Uwagi o reraniu (Rhotacismus) z podaniem rzadkich, nieopisanych dotychczas przypadków tego cierpienia".

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI
st. asystent kliniki.

Rhotacismus (Reranie) jest jedną z bardzo rozpowszechnionych wad mowy. Szczególnie często występuje ona u słowian, na co wskazują statystyki *Kwint'a* i *Pajkina*, oraz nasze własne. Z pośród 10773 dzieci ze szkół m. Wilna zarejestrowaliśmy 1000 dzieci wadliwie mówiących, przyczem dane co do rerania przedstawiają się następująco:

| Wszystkich przypadków | | | Czysta pojedyncza farina Rhatacismus | | | Rhatacismus w kombinacji z innemi wadami mowy | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Razem | dziew. | chł. | Razem | dziew. | chł. | Razem | dziew. | chł. |
| 239 (23,9%) | 121 | 118 | 103 | 103 | 42 | 136 | 79 | 57 |

W naszej statystyce prawie wszystkie dzieci pochodzą z rodzin polskich, tylko 6 dzieci z Rhotacismus są żydzi, u których ta wada jest szczególnie rozpowszechniona i uważana za djalekt.

Widzimy, że 23,9% dzieci wadliwie mówiących, czyli 2,2% wszystkich dzieci szkolnych cierpią na Rhotacismus. Znacznie częściej niż w pojedyńczej postaci wada ta występuje w kombinacji z innemi wadami mowy. Naogół na to cierpienie nieco częściej zapadają mężczyzni, niż kobiety, co jest w zgodzie z ogólnie stwierdzoną przewagą wad mowy u mężczyzn, jedynie tylko Rhotacismus w czystej, pojedyńczej, formie, jak widać z tablicy, znacznie częściej występuje u kobiet.

Według *Gutzmanna* normalne językowe R, przyjęte i u nas, powstaje w taki sposób, że drgający w płaszczycznie pionowej koniec języka w czasie szybko przemijającego lekkiego dotykania do przedniej części podniebienia twardego, lub tylnej strony górnych siekaczy tłumi dźwięczący prąd wydechanego podczas fanacji powietrza. R może się tworzyć też i w innych miejscach artykulacji.

Przy drżeniu warg, powstaje R wargowe. Przy szybkiem, wielokrotnem oddzielaniu przez prąd powietrza języka od podniebie-

| | Wszystkiego przypadków | W czystej pojedyńczej formie | | | Rhotacismus w kombinacji z: Sigmatismus | | | Łambdacismus | | | Rhinolali | | | Jąkanie | | | Chrypka funkcjonalna | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | chłop. | dziew. | | chłop. | dziew. | | chłop. | dziew. | | chłop. | dziew. | | chłop. | dziew. | | chłop. | dziew. |
| Zupełne opuszczenie R. . . | 107 | 41 | 20 | 21 | 30 | 17 | 13 | 23 | 11 | 12 | 2 | 2 | — | 11 | 9 | 2 | — | — | — |
| R języczkowe. . . . . . . . | 42 | 40 | 12 | 28 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — |
| Rhotacismus nasalis . . . . | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Rhatacismus lateralis . . . | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 1 | — | — | — |
| Pararhotacismus R = Ł . . . | 81 | 20 | 8 | 12 | 48 | 25 | 23 | 9 | 7 | 2 | — | — | — | 1 | 1 | — | 3 | 2 | 1 |
| „ R = L . . . | 5 | — | — | — | — | — | — | 5 | 3 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| „ R = D . . . | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| „ R = J . . . | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

nia miękkiego powstaje R podniebienne. Języczek drgający podczas fonacji na podstawie języka wywołuje R języczkowe. Przy szybko następującem po sobie oddzielaniu przez prąd powietrza podstawy języka od tylnej ściany gardła powstaje również odmiana R, często używana przez żydów. Nareszcie może powstać R i w samej krtani. Dźwięk ten jest zwykle głośny, aczkolwiek może być wydawany i bez głosu. Do wymawiania normalnego R konieczne jest zawsze kilkakrotne drganie końca języka. Zamiast prawidłowego R często się używa R języczkowe, niekiedy jako djalekt, lub też dźwięk R zupełnie się nie wymawia, albo też bywa zastępowany przez inne dźwięki najczęściej L, Ł, rzadziej ng, j, ch, (Pararhotacismus).

W naszej statystyce zanotowaliśmy następujące postacie Rhotacismus: (patrz tabl.).

Widzimy, że najczęstszą formą Rhotacismus (107 przyp. czyli 44,8% wszystkich przypadków wadliwego wymawiania R) jest zupełne nie wymawianie, opuszczenie tego dźwięku. Tacy chorzy odrazu wymawiają następujący za R dźwięk, niekiedy zaś zamiast R wstawiają H (chuchnięcie). Zamiast słowa: „Rama“ mówią oni „ama“, zamiast: „ręka—ęka“, lub też „hęka“. Ta odmiana rerania jednakowo często się spotyka tak w czystej pojedyńczej postaci, jak i w formie mieszanej. Drugą najbardziej rozpowszechnioną formą tego cierpienia (33,9%) jest Pararhotacismus, w postaci zastępowania dźwięku R przez Ł. Pewna, zwykle nieliczna część chorych tej grupy zamiast R wymawia to Ł z pewnym odcieniem R. *Rłyba* zamiast *ryba*. Ten rodzaj Rhotacismus w 75% występował w kombinacji z innemi wadami mowy, najczęściej z szepleniem. Zastępowanie R przez miękkie L spotykamy, w przeciwieństwie do statystyk zachodnich rzadko (tylko w 5 przypadkach). W jednym przypadku stwierdziliśmy rzadko zdarzające się wymawianie zamiast R — D, a w drugim zamiast R — J.

Następną według częstości odmianą wadliwego wymawianiania R jest używanie R języczkowego, uvularnego. Stwierdziliśmy to cierpienie w 42 przypadkach, czyli w 17,5% wszystkich chorych na Rhatacismus. Ciekawe jest, że ta postać wady mowy spotyka się prawie wyłącznie jako pojedyńcza wada, a nie w mieszanych postaciach. Poza tem wbrew ogólnie stwierdzonemu rozdzieleniu wad mowy, ta postać Rhotacismus przeszło 2 razy częściej spotyka się u dziewcząt, niż u chłopców.

W mieszanych, kombinowanych formach, Rhotacismus naczęściej występował razem z Łambdacismus. Na 150 zarejestrowanych przez

nas przypadków Łambdacismus mieliśmy jednocześnie 37 razy Rhotacismus, czyli 24,6 %. Szczególnie często zdarza się jednoczesne zupełne nie wymawianie, opuszczenie dźwięków R i Ł. Ludzie nie wymawiający prawidłowego Ł, a zastępujący np. zgłoskę *Ło*, jak to najczęściej się zdarza, przez *ua*, nie używają ruchu wspólnego dźwiękom R i Ł, a mianowicie unoszenia końca języka do góry, do podniebienia twardego.

Brak odpowiedniego ćwiczenia mięśni języka podczas wymawiania Ł pociąga za sobą upośledzenie funkcji tych mięśni i w wymawianiem R. Ta okoliczność jest bardzo ważna z tego względu, że u nas w Polsce wadliwe wymawianie Ł jest nadzwyczaj rozpowszechnione i zwykle bagatelizowane. Na 520 przypadków szeplenienia stwierdziliśmy Rhotacismus 15,3% (80 przypadków). W mowie nosowej stwierdziliśmy 7,4 % rerania. Na 210 przypadków jąkania Rhotacismus był w 6,2%.

Z rzadkich przypadków Rhotacismus obserwowaliśmy u kilkunastoletniego ucznia Rhotacismus nasalis, wywołany przez zbyt długie wędzidełko języka. Od stałego pociągania języka przez wędzidełko ku dołowi, koniec języka był jakby rozdwojony i chory nie był w stanie dotknąć nim podniebienia twardego i zastępował dźwięk R przez czmychanie nosem. Po podcięciu wędzidełka i zastosowaniu leczenia fonologicznego chory po paru miesiącach nauczył się wymawiania prawidłowego R.

Prócz tego obserwowaliśmy jeszcze 2 rzadkie przypadki Rhotacismus, opisu których w literaturze dotychczas nie spotykałem.

**Przypadek I.** Uczenica K. 15 lat, zgłosiła się do klinicznej Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu z powodu jąkania. W rodzinie wad mowy nie było. Jąka się od piątego roku życia. Inteligencja nie upośledzona. Chora bardzo niskiego wzrostu. Budowa prawidłowa. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos, krtań i uszy—N. Małe wyrośla adenoidalne. Badanie głosu odchyleń od normy nie wykazało. Mowa: Dość ciężka postać jąkania z objawami klonicznemi i tonicznemi. Od czasu do czasu występuje podczas mowy współruch w postaci krótko trwającego mrużenia lewego oka i marszczenia lewej połowy twarzy. Wszystkie dźwięki prócz R wymawia prawidłowo. Podczas wymawiania R koniec języka nie podnosi się do góry, a wykonywa jeden tylko drgający ruch w płaszczyźnie poziomej w lewo od linji środkowej dotykając lewych dolnych przednich zębów trzonowych i z powrotem do linji środkowej. Dźwięk R jest podobny do Rł. Przeciągłego R chora wymawiać nie jest w stanie.

**Przypadek II.** Kleryk M. 23 lat, zgłosił się do leczenia z powodu jąkania. W rodzinie wad mowy nie było. Jąka się od wczesnego dzieciństwa. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos, uszy, krtań, gardło, uzębienie—norma. Głos—N. Mowa: Jąkanie przeważnie z objawami klonicznemi dość rzadko występujące. Ze wszystkich dźwięków źle wymawia tylko R (języczkowe). Oddawna stara się sam nauczyć prawidłowego wymawiania R i pokazuje kilka wyuczonych sposobów, z których jednakże nie jest zadowolony. Jeden ze sposobów polega na tem, że chory nadzwyczaj silnym strumieniem wydechanego powietrza wprawia w drżenie rynienkowato zgięty koniec języka, który znajduje się przytem tuż przy brzegu górnych zębów. Przy drugim sposobie wymawiania R, chory wprawia w drżenie koniec języka w płaszczyźnie poziomej od linji środkowej w lewo identycznie do opisanego pierwszego przypadku.

Ten chory może wykonywać w ten sposób drgające ruchy końcem języka już nie jeden, a kilka razy. Dźwięk R również przytem był podobny do Rł. Obaj chorzy wymawiając w ten sposób R nie używali głosu i wydechane podczas fonacji powietrza wychodziło z ust rozproszonym strumieniem.

Leczenie tych chorych jeszcze nie ukończone.

Godne uwagi jest, że w obu przypadkach mamy do czynienia z jąkającemi się, którzy zwykle zwracają dużo uwagi na swe narządy mowy, chcąc poprawić jej wady. Ten rodzaj Rhotacismus lateralis powstał, jak to wyraźnie wskazuje sam chory w drugim przypadku przez świadome, umyślne nauczenie się tego dźwięku w celu poprawienia mowy.

Rokowanie w leczeniu Rhotacismus w większości przypadków jest pomyślne, tylko, że w wielu razach leczenie wymaga dużo czasu i cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i pacjenta. Celem leczenia jest wyćwiczenie chorego w wykonywaniu końcem języka potrzebnych dla prawidłowego R ruchów. Szybka zmiana wybuchowych dźwięków drugiej grupy artykulacyjnej najpierw między sobą, a potem w połączeniu z chuchnięciem, lub też wymawianie R wargowego przy podniesionym końcu języka przyzwyczaja mięśnie języka do wykonywania niezbędnych ruchów. Podczas takich ćwiczeń wyrabia się również uczucie mięśniowe, niezbędne dla świadomego wymawiania dźwięków. Jednoczesny wibracyjny masaż dna jamy ustnej znacznię ułatwia leczenie.

# Sekcja Wileńska Polskiego T-wa Otolarygologicznego.

## Posiedzenie dn. 2.II 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło.* Obecnych 8. Kol. *Sawicz* demonstruje *przypadek ostrego, ropnego zapalenia zatok czołowych po grypie z objawami mózgowemi* u kobiety 37 lat. Po grypie zjawiły się bóle całej głowy, senność, wymioty. Badanie ustaliło zajęcie ropne obu zatok czołowych. Wykonany zabieg wykazał zajęcie zatok, anatomicznie prawa była b. duża do 6 ctm. wgórę, lewa tworzyła kieszeń nad górną ścianą oczodołu ku tyłowi na głębokości 4 ctm. Po pewnym czasie znów objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przyczem charakterystyczne były napady skurczów zginaczy kończyn i opistotonus. W następstwie po powtórnym zabiegu, podczas którego poszukiwania ropnia płatu czołowego pozostały bez wyniku, chora zaczęła dostawać napadów padaczki o typie Jacksona, a potem zauważono objaw echolalji. Neurolog rozpoznał status post encephalitidem letarg., wobec czego chora została przeniesiona do kliniki neurologicznej.

Kol. *Wąsowski* demonstruje *przypadek podwójnej jamy szczękowej* u osobnika młodego, u którego po usunięciu zęba rozwinęły się bóle i obrzęk szczęki górnej. Podczas zabiegu stwierdzono, że zatoka lewa była przedzielona przegródką kostną całkowicie na dwie jamy — wewnętrzną, która była zdrową i zewnętrzną—chorą.

Prof. *Szmurło* demonstruje *przypadek torbieli zębowej szczęki górnej* prawej. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że torbiel rosnąc odsunęła ku górze dno nosowe, tak, że na stole operacyjnym znaleziono jedną dużą jamę wypełnioną torbielą — między podniebieniem twardem, a dnem nosa.

Kol. Lewande podnosi sprawę mechanizmu rozszerzania się torbieli w stronę drugą. Kość od wewnątrz jest mocna. Prof. Szmurło uważa, że w danym przypadku zatoki były przedtem duże. Przypomina kilka przypadków podobnych zmian anatomicznych.

Kol. Wąsowski przypuszcza, że mieliśmy zmienione stosunki anatomiczne, gdyż lewa zatoka była pod dnem nosa, a torbiel tylko podniosła dno nosa z prawej strony ku górze.

## Posiedzenie dn. 17.III 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło,* obecnych 9. Kol. *Wąsowski* demonstruje *przypadek do rozpoznania.* Chory 18 lat. Od kilku miesięcy silne bóle głowy w okolicy czołowej, bywają wymioty; źle widzi, nie może chodzić. Cierpienie rozwinęło się powoli. Chory chodzi z trudem, niepewnie, szeroko rozstawia nogi. Źrenice miernie szerokie, Ny stały o dużych wahaniach przy patrzeniu wbok. Bywały napady zwolnionego tętna. Ny vert. oczu i głowy. Röntgen wykazuje zgrubienie siodła tureckiego.

Kol. Świeżyński dodaje, że chory był do niego skierowany z rozpoznaniem frontitis d. Kol. Czarnowski podkreśla niejasność rozpoznania i trudność. Jedynie Röntgen możeby dał pewne wyniki — należy po pewnym czasie zrobić zdjęcie czaszki na nowo. Prof. Szmurło uważa, że ważnem jest ustalenie miejsca cierpienia, gdyby była zajęta hypophysis, to możnaby operować drogą nosową. Kol. Wąsowski uważa, że dla dokładnego wyjaśnienia takich właśnie przypadków,

należałoby połączyć pracę otjatrów z neurologami i okulistami; kol. *Wąsowski* demonstruje *przypadek gruźlicy gardła (forma Isambert'a).*

Prof. *Szmurło wygłasza referat o powstawaniu skrzywień przegrody nosa* (praca do druku). W końcu zostaje kolegom demonstrowane ulepszenie opracowane w klinice do lampy łukowej Landekera, by umożliwić choremu kontrolę należytego oświetlenia krtani.

## Posiedzenie z dn. 26.V 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło.* Obecnych 9. Kol. *Wąsowski* pokazuje *chorych: 1) ze struma malignum, 2) tbc miliaris pharyngis, 3) po operacji plastycznej z powodu operowanego raka krtani.* Przypadek pierwszy dotyczył chorego 64 lat, u którego przed 3 miesiącami bez żadnej przyczyny zaczął się rozwijać guz na szyi i zjawiła się chrypka. Badanie wykazuje: na szyi, w okolicy krtani guz wielkości jabłka, twardy, ruchomy, związany z krtanią; w krtani guzowatość prawej połowy, struna prawa nieruchoma, w środkowej linji nawet nieco zachodzi na stronę lewą; lewa ruchoma. Przypadek drugi dotyczył chorego 45 lat, który przed paru tygodniami poczuł ból gardła przy połykaniu. Chory oddawna cierpi na gruźlicę płuc (forma włóknista). Cała skóra zabarwiona na ciemnobronzowo; w gardle całe podniebienie i łuki pokryte gruzełkami na nacieczonem tle. Obraz typowy dla prosówki gardła. Chorego leczono złotem lecz bez skutku. Przypadek tzeci dotyczył chorego, któremu wykonano plastyczne zeszycie rany po dawniejszej rezekcji krtani. Efekt zabiegu pomyślny.

Kol. *Rozwadowski* demonstruje *przypadek całkowitego zeszycia rany po trepanacji wyrostka sutkowego.* W kilka dni po operacji dolne szwy puściły, jednak gojenie rany było szybkie. Kol. *Rozwadowski* pokazuje dalej *chorą, która przed 6-ciu laty nagle, przy podwyższonej ciepłocie dostała szumu w lewem uchu i zaczęła źle słyszeć. Przed dwoma miesiącami wystąpiło silne pogorszenie wzroku na lewe oko i utrata całkowita na prawe.* Przypuszczano zajęcie zatoki klinowej, chociaż objawów klinicznych nie było. Wykonano rezekcję prawej muszli środkowej. Do zatoki klinowej wchodzi się łatwo, otwór szeroki, nic patologicznego nie stwierdzono. Rezekcja muszli środkowej była zabiegiem wskazanym z tego względu, że nietylko ropne sprawy w zatokach mogą być przyczyną zajęcia nerwu wzrokowego.

W dyskusji zabrali głos: prof Szmurło, kol. Świeżyński, kol. Lewande, kol. Rozwadowski i kol. Wąsowski.

## Posiedzenie z dn. 20.X 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło.* Obecnych 7. Prof. *Szmurło* demonstruje *chorych operowanych w klinice z powodu nowotworów:* 1) dotyczy chorego 62 lat, który od 3 miesięcy cierpi na guz nosa; przed dwoma miesiącami operowano polipy nosa. Obecnie cała prawa połowa nosa wypełniona krwawiącym guzem. Od strony podniebienia twardego znaczna wypukłość twarda, guzowata, dość ostro ograniczona. Chory był poddany zabiegowi operacyjnemu. Usunięto zmienione nowotworowo części, resztę przypalono djatermją. Obecnie chory będzie poddany naświetlaniom promieniami Röntgena. Badanie anatomo-patologiczne guza wykazało *budowę raka.*

2) Chory 56 lat, od pięciu miesięcy uczucie ciała obcego w gardle. Na granicy górnej dolnego gardła *guz obejmujący boczne ściany i tylną gardła.* Zajęty jest również prawy migdałek. Gruczoły na szyi mało powiększone. Wycięto kawałek dla badania (które wykazało budowę raka), resztę wypalono djatermją. Chory będzie jeszcze poddany djatermji, a prócz tego naświetlaniom Röentgena.

3) Chory lat 50 od półtora miesiąca stale zwiększająca się *duszność.* Badanie bardzo utrudnione, wykazuje istnienie *zwężenia tchawicy, prawdopodobnie powiększonym gruczołem tarczowym,* wyraźnie zaznaczonym nad mostkiem. Tracheotomja. Okazało się, że gruczoł tarczowy guzowato zmieniony. Usunięto guz w granicach możliwości. Stan chorego pod względem duszności lepszy, jednak dołączyły się objawy zapalenia płuc. W dyskusji wyłania się sprawa konieczności wprowadzenia do kliniki otolaryngologicznej zabiegów na gruczole tarczowym (strumatów). Co do nowotworów złośliwych to teraz odsetek przypadków operacyjnych jest coraz większy, dzięki zdobyczom na tem polu w latach ostatnich.

Kol. *Wąsowski* wygłosił *referat o wpływie eterowej rektalnej narkozy na wątrobę.* W dyskusji prof. Szmurło podkreśla znaczenie przeprowadzonych badań ze względu na to, że obaliły one twierdzenia autorów rosyjskich, uważających, że eterowa narkoza wpływa destrukcyjnie na tkankę wątroby. Wyniki tej pracy zupełnie odpowiadają spostrzeżeniom klinicznym i potwierdzają je.

## Posiedzenie z dn. 1.XII 1929 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło.* Obecnych 11. Prof. *Szmurło* zaznajamia z *dalszym ciągiem historji choroby chorego z nowotworem tarczycy,* demonstrowanego na ostatniem posiedzeniu. Chory po paru tygodniach zmarł. Sekcja wykazała ropień płuc, przerzuty nowotworowe do gruczołów wnękowych. W przełyku u cardia nowotwór (rak) w formie pierścienia. To powodowało zaburzenia połykowe u chorego.

Kol. *Dylewski* pokazuje *chorą z nowotworem języka.* Chora lat 32 od 3-ch miesięcy cierpi na bóle języka. Na początku zauważyła na języku mały guzek. Obecnie cała prawa połowa języka guzowata, pokryta owrzodzeniami. Utrudnienie przy wysuwaniu języka. Gruczoły na szyi po prawej stronie wyraźnie powiększone. Wassermann ujemny. Badanie wyciętego kawałka wykazało budowę raka.

Kol. *Wąsowski* demonstruje *chorego 35 lat z dużem owrzodzeniem okolicy prawego migdałka, nacieczeniem na szyi z prawej strony, które jest skutkiem naświetlania promieni Roentgena.* Wobec głębokości owrzodzenia i martwicy na powierzchni, zachodzi obawa krwawienia z głębokich naczyń szyjnych.

Kol. *Dylewski* omawia *2 przypadki błonicy nosa i ucha:* 1) chora 19 lat zgłosiła się do kliniki w celu operacji przegrody nosa. Na 5-ty dzień po zabiegu ciepłota podniosła się, zjawiły się bóle w uchu. Na przegrodzie i na małżowinach szare naloty. Bakterjologicznie stwierdzono błonicę. W gardle laseczek błoniczych nie znaleziono. Również nic nie dało badanie chorych na sali.

2) dziecko 2-ch lat cierpi na przewlekłe ropienie z ucha. Po paru dniach znaleziono naloty na błonie bębenkowej. Badanie wykryło błonicę. Posiewy z nosa i gardła nic nie dały, natomiast u dzieci sąsiednich badanie wykazało błonicę.

W dyskusji zabierali głos: prof. Szmurło, kol. Swieżyński.

Kol. *Libo* pokazuje *preparat polipa na nóżce usuniętego u chłopca 18-letniego* podczas adenotomji, wykonanej nożem Beckmana.

Kol. *Lewande* wygłasza *referat o postępowaniu w ropniach głębokich okołomigdałkowych.* Przytacza własny przypadek: chłopiec 19 lat cierpiał na anginę, po której rozwinął się ropień okołomigdałkowy. Stan chorego po pęknięciu ropnia ciężki, $t^0$ — 39; nie może połykać. Na lewej stronie szyi małe nacieczenie. Na prawej stronie za żuchwą duży gruczoł. Na skórze klatki piersiowej septyczne plamy. W gardle duży naciek wzdłuż tylnego łuku, chełbotania niema, Zrobiono cięcie wzdłuż tylnego łuku lecz bez wyniku. Na tępo posunięto się ku fossa supratonsillaris, lecz nie znaleziono ropy. Rano stan lepszy, $t^0$—37. Po 48 godzinach znów pogorszenie. Na szyi duży naciek, wyczuwa się głębokie gruczoły; w gardle również naciek większy; prawy migdałek jakby wysadzony ze swego łożyska. Zaproponowano cięcie na szyi, lecz chory się nie zgodził. Po 3-ch dniach nacieczenie jeszcze większe. Szerokie cięcie w gardle, lecz bez wyniku, wtedy chirurg wszedł korncangą przez ranę w gardle i wydostał z głębi ropę. Chory się poprawił. Na zakończenie prelegent zapytuje, jakie postępowanie jest tu bardziej wskazane — czy droga od zewnątrz, czy zabieg w gardle. W dyskusji prof. Szmurło podaje, że obecnie przyjętą jest droga zewnętrznego zabiegu, gdyż ułatwia nam znacznie dostanie się do ogniska ropnego.

Wybory zarządu na rok 1930: przewodniczący prof. Szmurło, vice-przewodniczący kol. Swieżyński, sekretarz kol. Wąsowski, skarbnik kol. Libo.

Przyjęto do sekcji 4-ch nowych członków: kol. Rywkinda Lwa, Bielunasa Jana, Gołyńskiego Bolesława i Marjenstrassa Matjasa.

## Wiadomości bieżące.

1) Dowiadujemy się, że Walne Zgromadzenie Polskiego T-wa Otolaryngologicznego odbędzie się wspólnie z obchodem 10-lecia T-wa w grudniu r. b.

2) Od 8 — 10 września r. b. odbędzie się w Pradze w czeskiej klinice Otolaryngologicznej Kongres Międzynarodowego T-wa Logopedji i Phondatrji. Tematy programowe:

a) Pr. Seeman (Praga). Słuch i mowa;

b) Pr. Fröschets (Wiedeń). Medycyna i pedagogiczne leczenie wad mowy;

c) Pr. Flatan i Doc. Stern (Wiedeń). Czynnościowe zaburzenia głosu śpiewaczego;

d) D-r Eliasberg (Monachjum). Medycyna i Pedagogika lecznicza. Zgłoszenia należy kierować do pr. Fröschelsa — Wiedeń. Mariengasse 15.

3) Pr. Szmurło został mianowany członkiem-korespondentem Czesko-Słowackiego T-wa Otolaryngologicznego.

4) D-r T. Wąsowski został mianowany Docentem Otolaryngologji przy Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

## Od Redakcji.

Upraszamy Szan. kolegów zalegających w opłacie członkowskiej **o wpłacenie składki do Redakcji Polsk. Przegl. Otolar. na konto P. K. O. 80818.**

# RÉSUMÉ.

*Schwarzbart.* Le domaine et le principe de la technique de l'inhalation. L'auteur s'adonne dans son travail, à la technique de l'inhalation; il discute les diverses méthodes au point de vue de la plus importante condition de l'inhalation – la perfection de la pulverisation du liquide.

*Laskiewicz.* Contribution à l'etude de l'ossification dans la gorge. L'auteur décrit quelques cas personnels, dans lesquels les affections pharyngiennes étaient produites par l'ossification prématurée de differentes parties du pharynx. Dans un cas, il a constaté par les rayons X. l'agrandissement excessif du hamulus pteryg., dans l'autre—du processus styloideus; du reste, dans les autres cas les roentgenogrammes ont demontré des foyers du Calcium dans le tendon intervértébral antérieur, ou dans le cartilage cricoidien.

*Lewenfisz.* L'oesophagoscopie, son importanse diagnostique et thérapeutique. (A suivre). Le chapitre de la pathologie contient des affections que l'auteur eut l'occasion d'observer: les corps étrangers de l'oesophage et leurs complications; des neoplasmes malins, des retrecissements de l'oesophage d'origine cicatricielle, à la suite des brulûres, des retrécissements spasmodiques, inflammatoires; phlegmons oesophagiens et perioesophagiens; fistules oesophagobronchiques.

*Gałdyński.* Contribution à l'etude de la localisation atypique des dents. L'auteur decrit un cas trés interessant, d'une sinusite maxillaire et même d'une ethmoidite, où pendant l'opération on a trouvé accidentellement au fond du nez sous la cloison nasale une dent supplémentaire, bien formée, dont l'émaille était tournée vers la cavité nasale.

*Laskiewicz.* Contribution à la roentgenographie dans les complications intracraniennes otiques. L'auteur décrit 2 cas d'abcés du cerveau avec pénetration du pus jusqu'àu ventrieule lateral. Dans tous les deux cas les malades sont morts. Les roentgenogrammes illustrent parfaitement ces complications.

*Wąsowski.* A propos de la technique opératoire dans les cas de corps étrangers de l'oesophage. En se basant sur 4 cas des corps étrangers de l'oesophage, extraits

dernièrement dans la clinique otolaryngologique à Vilno avec le crochet mousse, de Killjan l'auteur souligne la grande importance de cet instrument, avant tout, dans les cas de corps etrangers enfoncés dans les parois octophagiennes.

*Wąsowski.* Un cas extraordinaire d'abcès de la cloison nasale. Description d'un cas dl'abcès énorme de la cloison nasale, compliqué par l'abcès souspériostal des osr nasaux.

*Lewenfisz.* Un cas de diverticule de l'oesophage. L'auteur décrit un cas de diverticule du tiers inférieur de l'oesophage consécutif à un corps etranger qui y démeurent pendant une semaine, en y formant un veritable diverticule par pulsion d'origine traumatique.

*Dylewski.* Contribution à l'étude de Rhotacisme. L'auteur fait part de ses observations sur les 239 cas de Rhotacisme. (une prononciation défectuese du R.) et décrit deux cas rares de Rhotacisme lateral.

[illegible] dans la clinique oto-laryngologique à Vilno avec le cro[illegible] [illegible], de Pillar l'auteur souligne la grande importance de [illegible], dans les cas de corps étrangers chez les enfants dans les passages [illegible].

[illegible]. Un cas extraordinaire d'abcès de la cloison nasale. Description d'un cas d'abcès énorme de la cloison nasale, provoqué par l'accès souspériosté des os nasaux.

[illegible]. Un cas de diverticule de l'oesophage. L'auteur décrit un cas de diverticule du tiers inférieur de l'oesophage consécutif à un corps étranger qui y demeurait pendant une semaine, [illegible] formant un véritable diverticule par pulsion d'origine traumatique.

[illegible]. Contribution à l'étude de l'otosclérose. L'auteur fait part de ses observations sur les 230 cas de otosclérose [illegible] et décrit deux cas rares de otosclérose latéral.